



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 3ERA COHORTE

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER,
MENCION SALUD PÚBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO

**ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y LA CORRELACIÓN ENTRE LOS
CUADROS CLÍNICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ACUDEN AL
DISTRITO 17D11 CENTRO DE SALUD CAPELO – PICHINCHA 2020.**

AUTOR: CASTRO CUJÍ VERÓNICA MARÍA

TUTOR: ROMERO URREA HOLGUER. PhD.

Milagro, DICIEMBRE 2020

ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la Sra. Lcda. Verónica María Castro Cují, para optar al título de Máster en Salud Pública y que acepto tuturar a la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 31 días del mes de agosto del 2020



Firma digital dr. Holguer Romero
cn=Firma digital dr. Holguer
Romero, o=UNIVERSIDAD
ESTATAL DE MILAGRO,
email=hromerou@uniemi.edu.ec,
c=EC
2020.08.31 12:58:25-05'00'

Holguer Estuardo Romero Urrea

Firma del tutor

CC:0601552532

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Comité Académico del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 2 días del mes de diciembre de 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Verónica Castro', with a large, stylized flourish extending to the right.

Verónica María Castro Cuji

Firma del egresado(a)

CI: 0602922403

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al distrito 17d11 centro de salud capelo – pichincha 2020 otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[56]
DEFENSA ORAL	[38]
TOTAL	[94]
EQUIVALENTE	[MUY BUENO]

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ

Firmado
digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2021.07.13
16:35:27 -05'00'



PROFESOR DELEGADO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

A mis hijas por ser mi motivación e inspiración para terminar una etapa más de mi vida profesional y poder brindarles un futuro mejor.

A mi amado esposo Jorge Padilla por su sacrificio y esfuerzo por apoyarme todo el tiempo brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi madre quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar este nuevo proyecto en mi carrera, mis hermanos quienes con sus palabras de apoyo no me dejaban caer para que siguiera adelante, sea perseverante siempre y cumpla con mis ideales.

Verónica María Castro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el pilar fundamental en este momento tan especial en mi vida. A ti levanto mis ojos.

Agradezco a mi estimado profesor quien ha sido la guía en mi camino Dr. Holguer Romero Urrea por todas las enseñanzas recibidas.

A las personas con discapacidad que participaron en las encuestas y servirá para mejorar las posibilidades de mejorar los servicios de los encuestados.

Verónica María Castro

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Señor PhD.

Fabricio Guevara Viejo

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y LA CORRELACIÓN ENTRE LOS CUADROS CLÍNICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ACUDEN AL DISTRITO 17D11 CENTRO DE SALUD CAPELO-PICHINCHA 2020 y que corresponde al Departamento de Investigación y Postgrado.

Milagro, 02 de diciembre del 2020



Verónica María Castro Cují

CI: 060292240

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1. Problematización	3
1.1.2. Delimitación del problema	5
1.1.3. Formulación del problema	5
1.1.4. Sistematización del problema	6
1.1.5. Determinación del tema	6
1.2. OBJETIVOS	7
1.2.1. Objetivo General de la Investigación	7
1.2.2. Objetivos Específicos de la Investigación	7
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO II	9
MARCO REFERENCIAL	9
2.1. MARCO TEÓRICO	9
2.1.1. Antecedentes históricos	9
2.1.2. Antecedentes Referenciales	10
2.1.3. Fundamentación	12
2.2. MARCO LEGAL	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL	16
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
2.4.1. Hipótesis General	22
2.4.2. Hipótesis Particulares	22
2.4.3. Declaración de variables	22
CAPÍTULO III	27
MARCO METODOLÓGICO	27
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	27
3.2. LA POBLACIÓN Y MUESTRA	27

3.2.1. Características de la población	28
3.2.2. Delimitación de la población	28
3.2.3. Tipo de muestra	28
3.2.4. Tamaño de la muestra	29
3.2.5. Proceso de selección – Bola de Nieve	29
3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS	29
3.3.1. Métodos teóricos	29
3.3.2. Métodos empíricos	29
3.3.3. Técnicas e instrumentos	30
Descripción de los instrumentos	30
3.3.4. Consideraciones éticas	33
3.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	34
CAPÍTULO IV	35
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	35
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	35
4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	53
4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	54
4.4. CONCLUSIONES	65
4.5. RECOMENDACIONES	66
CAPÍTULO V	67
PROPUESTA	67
5.1. TEMA	67
5.2. FUNDAMENTACIÓN	67
5.3. JUSTIFICACIÓN	68
5.4. OBJETIVOS	68
5.4.1. Objetivo general de la propuesta	68
5.4.2. Objetivos específicos de la propuesta	69
5.5. UBICACIÓN	69
5.6. FACTIBILIDAD	69
5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	69
5.7.1. Actividades	69

5.7.2. Recursos, análisis financiero	70
5.7.3. Impacto	70
5.7.5. Lineamientos para evaluar la propuesta	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	77
ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS	77
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA	78
ANEXO 3. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL PROYECTO	82
ANEXO 4. INSTRUMENTO CUANTITATIVO	83
ANEXO 5. INSTRUMENTO CUALITATIVO	86
ANEXO 6. VALIDACION DE INSTRUMENTO CUANTITATIVO	87
ANEXO 7. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO CUALITATIVO	90
ANEXO 8: AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	96
ANEXO 9. AUTORIZACIÓN PARA LEVANTAR INFORMACIÓN	98

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de variables	23
Cuadro 2. Frecuencia del tipo de discapacidad y su relación con el grado de discapacidad.	35
Cuadro 3. Frecuencia de alteraciones en el cuadro clínico en personas con discapacidad	37
Cuadro 4. Prevalencia de enfermedades en personas con discapacidad	39
Cuadro 5. Síntesis general de la entrevista dirigida a los pacientes con discapacidad	51
Cuadro 6. Prueba Chi cuadrado de independencia entre la discapacidad y las enfermedades (prevalencia)	55
Cuadro 7. Tabla de contingencia con valores esperados.	56
Cuadro 8. Hallazgo del estadístico de prueba.	56
Cuadro 9. Tabla de contingencia y verificación de hipótesis.	57
Cuadro 10. Tabla de contingencia con valores esperados.	58
Cuadro 11. Hallazgo del estadístico de prueba.	58
Cuadro 12. Tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta	59
Cuadro 13. Tabla de contingencia con valores esperados.	60
Cuadro 14. Hallazgo del estadístico de prueba.	61
Cuadro 15. Tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta	62
Cuadro 16. Tabla de contingencia con valores esperados	63
Cuadro 17. Operación propuesta	64
Cuadro 18. Análisis financiero	70
Cuadro 19. Cronograma	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	
A partir de la relación del tipo de discapacidad con el grado de discapacidad	36
Figura 2.	
Frecuencia entre el tipo y el grado de discapacidad en relación a la discapacidad física	36
Figura 3.	
Prevalencia en el cuadro clínico de personas con discapacidad	38
Figura 4.	
Prevalencia de enfermedades en personas con discapacidad	40

RESUMEN

Introducción: A pesar de los grandes esfuerzos que realizan distintas organizaciones tanto públicas como privadas, aún se evidencia desconocimiento sobre las personas con discapacidad, sus condiciones de vida y la relación que existe entre los cuadros clínicos, de manera que es fundamental contar un diagnóstico situacional que facilite la identificación de las necesidades y prioridades de esta población. **Objetivo:** Esta investigación permite identificar prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador de Capelo, así como establecer la correlación entre el diagnóstico situacional con las vivencias en los diferentes cuadros clínicos. **Metodología:** Es un estudio mixto: cuantitativa de corte transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional. Cualitativa tipo fenomenológica; basado en un estudio etnográficos, mediante la observación y registros que presentan los pacientes en diferentes ámbitos tanto personal, social y afectivo; se usó como técnica la encuesta y entrevista a saturación con instrumentos diseñados y validados por juicio de expertos dirigida a los pacientes con discapacidad. La muestra es no probabilística técnica de bola de nieve se obtiene 118 pacientes con discapacidad, física, visual, auditiva, intelectual y psicológica, y que puedan participar en la investigación. **Resultados:** Los resultados que se obtienen indican que por su condición son más proclives al apareamiento de enfermedades y como consecuencia complicación en sus cuadros clínicos, de igual manera su estado emocional influye considerablemente para su participación en la sociedad. **Conclusiones:** Es necesario contar con un diagnóstico situacional específico para este grupo de riesgo, como mecanismo de optimizar la calidad de atención y mejorar las condiciones de vida.

Palabras claves: Discapacidad, prevalencia, cuadros clínicos, enfermedad, salud.

ABSTRACT

Introduction: Despite the great efforts made by different public and private organizations, there is still a lack of knowledge about people with disabilities, their living conditions and the relationship that exists between clinical pictures, so it is essential to have a situational diagnosis that facilitates the identification of the needs and priorities of this population. **Objective:** This research makes it possible to identify the prevalence of the clinical pictures of people with disabilities who attend the Capelo qualifying point, as well as to establish the correlation between the situational diagnosis with the experiences in the different clinical pictures. **Methodology:** It is a mixed study: quantitative, cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational. Qualitative phenomenological type; based on an ethnographic study, through observation and records presented by patients in different personal, social and emotional settings; The saturation survey and interview with instruments designed and validated by expert judgment aimed at patients with disabilities was used as a technique. The sample is a non-probabilistic snowball technique, 118 patients with physical, visual, auditory, intellectual and psychological disabilities are obtained, and who can participate in the research. **Results:** The results obtained indicate that due to their condition they are more prone to the appearance of diseases and as a consequence complication in their clinical pictures, in the same way their emotional state influences considerably their participation in society. **Conclusions:** It is necessary to have a specific situational diagnosis for this risk group, as a mechanism to optimize the quality of care and improve living conditions.

Keywords: Disability, prevalence, clinical pictures, disease, health.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, a pesar de los grandes esfuerzos que realizan distintas organizaciones tanto públicas como privadas, aún se evidencia desconocimiento sobre las personas con discapacidad, sus condiciones de vida y la relación que existe entre los cuadros clínicos; su comorbilidad y el grado de afectación, pero no solo desde el ámbito biológico si no también biopsicosocial. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe indica la preocupación por los índices elevados de las personas con discapacidad en el mundo que se debe algunas casusas entre las que se indica: una población que envejece, y con esto el riesgo en los adultos mayores incrementa ya sea por sus antecedentes o por su propia etapa de envejecimiento complicando así los cuadros, pero además el incremento de las enfermedades crónicas que son causantes de mortalidad. (OMS, 2011).

Para identificar estas particularidades se puede emplear el diagnóstico situacional sugerido por Araujo et al., (2019) como “una forma organizada y sistemática de recoger información sobre un hecho de salud relativo a un sujeto o un conjunto de sujetos con la intención de optimizar el proceso de salud”. Con el levantamiento de un diagnóstico situacional se obtendrá información valiosa que permitirá entender la condición de vida que tienen y su relación con los cuadros clínicos que presentan las personas con discapacidad.

Las complicaciones que presentan con frecuencia las personas con discapacidad abarcan no sólo problemas biológicos sino también sociales que son sin ninguna duda el mayor daño que atraviesa esta población. Por lo tanto, la atención de salud debe tener un enfoque holístico para identificar las diferentes dificultades en su ambiente biopsicosocial orientada a una integración familiar y su inclusión social. Un diagnóstico situacional específico para esta población va a permitir una valoración humanizada, pero sobre todo brindarle la oportunidad de la participación activa en la sociedad.

Esta investigación busca resaltar la importancia del análisis del diagnóstico situacional en correspondencia al cuadro clínico de las personas con discapacidad, como mecanismo de optimizar la atención que reciben en los centros autorizados. Además, esta investigación servirá de apoyo a las políticas sociales que el estado ecuatoriano, a través del Consejo

Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (Ministerio de Inclusión Económica y Social) ofrecen a esta población. El gran aporte que dará esta investigación es el diseño de unos instrumentos que facilitaran la recolección de la información y el análisis correlacional que existente entre el diagnóstico situacional y los cuadros clínicos de las personas con discapacidad; para determinar si su condición de vida interfiere con la evolución.

El propósito es realizar un diagnóstico dirigido a los pacientes con discapacidad como un mecanismo de recolección de información clara y precisa para esta población, tomando en cuenta las diferentes patologías crónicas y también aspectos sicosociales, la manera como se va a conseguir este resultado es identificando su prevalencia; con la finalidad de acortar los tiempos y mejorando la precisión de las respuestas que necesitan las personas con discapacidad para una adecuada atención. La condición de salud para las personas con discapacidad requiere acciones como promoción de la salud, prevención de discapacidades y recuperación funcional, así como integración e inclusión social.

Para esta investigación se planteó una metodología con enfoque mixto cuantitativa y cualitativa. Cuantitativa corte transversal, exploratoria, descriptiva y correlacional. Cualitativa tipo fenomenológica, con categorías netamente sociales basados en las experiencias y vivencias de los pacientes con discapacidad, las técnicas utilizadas fueron encuesta y entrevista respectivamente, para la recolección de datos se utilizó instrumentos validados por juicio de expertos.

Este trabajo está dividido en 5 capítulos que contienen: El capítulo I: Se establece el problema de la investigación donde se especifica el objeto y sujeto de estudio y se pretende buscar una solución. En el capítulo II: Se desarrolla el marco referencial donde se explican los antecedentes históricos, referenciales, así como el marco conceptual; además se identifica la hipótesis y sus variables. En el capítulo III: El marco metodológico donde se explica tipo y diseño de la investigación, tipo de estudio, características de la investigación. Capítulo IV: En el capítulo IV consta el análisis e interpretación de resultados. Capítulo V: En este capítulo se especifica la propuesta de una solución posible al problema que se encontró.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematización

Alrededor del mundo, la discapacidad es una condición significativa a nivel de salud pública, presenta una prevalencia del 15% y su etiología es multifactorial (World Health Organization, 2020). Para Vásquez (2020), en su análisis del abordaje de la discapacidad en atención primaria indica que en América Latina existen cerca de 85 millones de personas con discapacidad, y que de esta población sólo se ha dado respuesta a sus necesidades al 2%, según los datos; su aumento es directamente proporcional al incremento de las patologías, a esto se suman las condiciones crónicas – degenerativas, factores personales y ambientales que los hace ser un grupo vulnerable a afecciones secundarias, y de comorbilidad, convirtiéndose en un problema social; en el Ecuador hay 476.360 personas registradas en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) y además hay una prevalencia anual del 2,74%. El estado ecuatoriano ha realizado grandes esfuerzos tales como desarrollo de políticas sociales, reconocimiento de derechos y creación de normativas en pro de acceder a beneficios y fomentar la integración social (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2020).

La discapacidad se convierte en un fenómeno multidimensional y multifactorial; según el informe de estadísticas una mirada desde los censo y encuestas para América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2012), se indica que a pesar de que existe países que cuentan con información sobre la discapacidad su enfoque debe ser integral, riguroso a profundidad que permita hacer un análisis e intervenir en esta problemática que va en aumento; y que solo los países como Canadá, Chile, Panamá, Nicaragua y México, en un rango que va de 14 a 9% respectivamente, cuentan con estudios concretos que les permite trabajar en prevención y rehabilitación; en el Ecuador para obtener información se utilizó censos INEC 2000, y encuestas en hogares realizadas por el CONADIS (2000), y CONADIS-INEC (2005) para determinar la dimensión del fenómeno; no obstante, el análisis se enfocó en una pregunta

para la identificación de aquellas alteraciones en la salud mental, sensorial o física y a su vez buscó establecer una cobertura territorial, pero hasta el momento no se cuenta con un estudio específico para mejorar el bienestar y la promoción de una vida independiente.

En consecuencia, los problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrear complicaciones en sus cuadros clínicos; para la (OMS) las afecciones secundarias acompañan a las primarias y se relacionan entre sí; por ejemplo se observa programas para la detección del cáncer mamario y cervico-uterino, pero se orienta con menos frecuencia a las mujeres con discapacidad, personas con deficiencias intelectuales y diabetes se verifica con menor porcentaje, deficiencias físicas con problemas digestivos, población joven con discapacidad quedan excluidos de programas sobre educación alimentaria y sexual: en América Latina el riesgo de adquirir problemas relacionados o enfermedades secundarias a su discapacidad sigue siendo un problema de salud pública.

En relación a las enfermedades o afecciones secundarias, se ha determinado que el riesgo de presentar problemas de salud prevenibles ha ido en aumento en las personas con discapacidad, por ejemplo los problemas urinarios, fatiga lesiones, problemas de salud mental, depresión, sobrepeso, obesidad, dolor y úlceras por presión, sobre todo cuando hay un antecedente de injuria en estructuras nerviosas o circundantes a las mismas como ocurre en la esclerosis múltiple, espina bífida, daño en médula espinal, entre otras) (Centro del control y la prevención de enfermedades, 2020).

Para el Ecuador la prevalencia de las enfermedades no transmisibles sigue representando altos índices de mortalidad al igual que el incremento de las personas con discapacidad, esto se debe al aumento de problemas crónicos relacionados con patologías hipertensivas, cardiovasculares e isquémicas, y que para la discapacidad representan una condición importante de desarrollar los mismos problemas de salud que el resto de la población en general; pero los cuadros clínicos se complican por la complejidad, tipo y grado de discapacidad. Esta situación repercute en la forma de vida tanto de la persona como de su familia generando un impacto importante en el sistema de salud (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020).

Actualmente la red de salud pública cuenta con establecimientos autorizados para la atención de personas con discapacidad, el Centro de Salud Capelo corresponde al primer nivel

de atención del Ministerio de Salud Pública y es un punto calificador que pertenece al distrito 17D11 Mejía – Rumiñahui parroquia Sangolquí, su atención está orientada a la calificación y recalificación a través de una valoración biopsicosocial, cabe indicar que a este lugar acuden pacientes de diferentes lugares del país que necesitan atención especializada. El equipo sanitario está conformado por el médico calificador, trabajadora social y el departamento de psicología, quienes designan un día por semana para las visitas domiciliarias, por tal razón se debe capacitar al personal sanitario sobre el manejo de las personas con discapacidad para solventar sus necesidades y evitar así las complicaciones de sus cuadros clínicos.

Aunque internacionalmente hay un amplio número de estudios del tema actual, se requiere aumentar la frecuencia de investigación en el ámbito local, sobre los diversos tipos de discapacidad y la realidad que viven las personas con discapacidad en el país, para aportar directa o indirectamente en mejorar los servicios y por ende el bienestar de estas personas.

1.1.2. Delimitación del problema

- **Línea de investigación:** Salud Pública y bienestar humano Integral
- **Su-líneas de Investigación:** Discapacidad y calidad de vida
- **Eje del programa de la Maestría:** Salud Pública
- **Objeto de estudio:** Personas con discapacidad
- **Unidad de Observancia:** Centro de Salud de Capelo
- **Tiempo:** febrero – diciembre 2020
- **Espacio:** Punto Calificador del Distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo- Pichincha.

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuál es el diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020?

Delimitado: Estudia los pacientes con cualquier tipo de discapacidad que acuden al distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020

Claro: Se identifica los problemas que presentan los pacientes con discapacidad y las complicaciones en sus cuadros clínicos.

Evidente: Se analizan variables específicas como: diagnóstico situacional y los cuadros clínicos que presentan las personas con discapacidad

Concreto: Dirigido a los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad y que acuden al punto calificador de Capelo

Relevante: La discapacidad sigue siendo un problema para la salud pública a pesar del trabajo realizado por instituciones públicas y privadas los problemas que enfrentan ocasionan complicaciones en sus cuadros clínicos

Original: Después de haber revisado bibliografía sobre el tema de la discapacidad, se puede decir que la mayoría de información tiene un enfoque cuantitativo, por lo que la investigación actual es mixta es decir cuali-cuantitativa, además busca relacionar entre los cuadros clínicos y sus complicaciones.

Variable: Para el estudio se utiliza las siguientes variables: diagnóstico situacional como variable independiente y los cuadros clínicos de las personas con discapacidad como variable dependiente.

1.1.4. Sistematización del problema

¿Cuál es la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020?

¿Cómo se correlaciona el diagnóstico individual con las vivencias en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad?

1.1.5. Determinación del tema

Análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General de la Investigación

Determinar el diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020

1.2.2. Objetivos Específicos de la Investigación

1. Identificar la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020
2. Establecer la correlación entre el diagnóstico individual con las vivencias en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad
3. Diseñar un diagnóstico situacional de las personas con discapacidad que acuden al que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020

1.3. JUSTIFICACIÓN

Hoy día, padecer alguna condición especial o tener alguna familia con dicho diagnóstico significa grandes cambios tanto para quien la padece como para todo el núcleo familiar. A esto se le suma la situación socioeconómica y sociodemográfica. Las familias que no tienen los recursos para realizar las pruebas especiales, adquirir los tratamientos farmacológicos o los tratamientos psicológicos presentan complicaciones más agudas, en algunos casos, los adultos terminan en las calles, niños que sus padres no permiten ningún tipo de interacción y jóvenes víctimas de abusos de todo tipo. Para mitigar esta situación el estado ecuatoriano mediante su gabinete ministerial de inclusión económica y social proporciona atención a personas con discapacidad, considerando los diferentes contextos de pobreza y orientado a garantizar los derechos, además otro de sus objetivos es mejorar las habilidades y capacidades individuales de quienes conforman su entorno familiar, social y comunitario. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2020).

Se torna necesario conocer todas estas particularidades, y una visión general de la prevalencia de sus cuadros clínicos, acompañado de un diagnóstico situacional, ya que, en función de la realidad de cada persona con discapacidad, los centros de atención, debe ofrecer atención en correspondencia a sus necesidades biológicas y psicológicas. Un diagnóstico oportuno y específico, y el cumplimiento del tratamiento adecuado representan grandes avances y mejoras en las condiciones de vida de los pacientes y de los cuidadores.

Desde un enfoque de proyección estadístico la prevalencia de la discapacidad irá en aumento, originando un mayor nivel de inquietud porque el perfil demográfico de la población que se dirige hacia la vejez donde hay mayor riesgo de discapacidad, así mismo ha subido el nivel de enfermedades crónicas no transmisibles y existen cada vez índices más altos de accidentes de tránsito, en efecto habrá más necesidad de rehabilitación, independencia e inclusión social, por ello se debe trabajar con más énfasis en la prevención.

Esta investigación busca resaltar la importancia del análisis del diagnóstico situacional en correspondencia al cuadro clínico de las personas con discapacidad, como mecanismo de optimizar la atención que reciben en los centros autorizados. Además, esta investigación servirá de apoyo a las políticas sociales que el estado ecuatoriano, a través del CONADIS y el MIES ofrecen a esta población.

El gran aporte que dará, es el diseño de unos instrumentos que facilitaran la colección de la información y el análisis correlacional que existente entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad. Es decir, si su condición de vida interfiere con la evolución o no de la discapacidad.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes históricos

Durante la evolución histórica la discapacidad era observada como un estado negativo que les sucedía a las personas como una especie de castigo divino u otros poderes superiores, lo cual impulsaba un gran aislamiento social con quienes tenían discapacidad. En el siglo XV surgen los manicomios que causaron mayor estigmatización. Cinco siglos más tarde hubo una implicación estatal y se reconoce la necesidad de cuidados asistenciales que tenían las personas con discapacidad, por ello se fundaron los centros de educación especial, sin embargo, había un patrón paternalista que resultó en mayor nivel de dependencia y segregación socio-ocupacional (Slavin & García, 2017).

Otro de los eventos que fue trascendente fue la segunda guerra mundial que resultó en cuantiosas personas con discapacidad, además dentro del mismo hecho en algunos campos de concentración múltiples seres humanos con discapacidad y sanos, fueron tomados como parte fundamental de experimentos, pese a esto, sobresalió un aporte a la sociedad marcando un hito histórico en el inicio de la bioética, simultáneamente se iniciaron reconocimientos para resaltar la participación de los héroes que sobrevivieron a la guerra y que obtuvieron una consecuencia de discapacidad (López, 2020).

Posteriormente en el siglo XX se fundan distintas organizaciones que integraban personas con discapacidad unidas a su núcleo familiar respectivo con el fin de luchar por sus derechos. En el año 1982 en el país de España se aprobó una legislación que hoy establece de forma obligatoria que las sociedades laborales que dispongan más de medio centenar de trabajadores deben incluir un porcentaje $\geq 2\%$ de trabajadores con discapacidad.

En el año 2000 hay un cambio social relevante que incluye una transformación del enfoque paternalista, dependiente e improductivo que tenían antiguamente las personas con discapacidad hacia una perspectiva que brinda mejores oportunidades al considerarlos con múltiples potencialidades, habilidades y competencias cuando se brinda el soporte necesario. Actualmente coexisten aún ciertos criterios de paternalismo y sobreprotección en la sociedad, sobre todo cuando persisten los subsidios económicos como una de las opciones de sobresalir socialmente, lo cual se refleja en una actividad del 35% de las personas con discapacidad (Gil, 2020). A nivel nacional, según una encuesta realizada en el 2005 hubo una prevalencia de 12,1% de discapacidad, el 49,7% de ellos fueron del sexo masculino y el 51% estaban en el grupo etario de 20 a 64 años, el 80% refirió que las condiciones de salud era la etiología de la discapacidad y el porcentaje restante estaba relacionado a diversos accidentes, entre otras causas; el 44% de los encuestados no trabajaban; el aprendizaje, la movilidad y la interacción con las personas de su entorno fueron sus limitaciones principales (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

2.1.2. Antecedentes Referenciales

La prevalencia de las personas con discapacidad va en aumento con el apareamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, así como el envejecimiento de la población por el deterioro de sus capacidades propias de la etapa, al igual que los accidentes de toda índole que genera algún tipo de discapacidad y que muchas de las ocasiones su afectación son solo las limitaciones físicas, sensoriales, mentales o auditivas sino la exclusión de oportunidades, esta situación produce pobreza y deficiencia, con ello incrementa la vulnerabilidad de este grupo de personas por tal razón es imprescindible hacer una breve recopilación de las aportaciones de diferentes investigaciones (Neves & Álvarez, 2014).

Para Neves & Álvarez (2014) en su investigación, explican la importancia de analizar el perfil sociodemográfico, así como comparar la metodología utilizada para recoger la información utilizada por algunos países de América Latina mediante la utilización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como una herramienta metodológica de recolección de datos útiles en este campo mediante encuestas y censos que varía significativamente para obtener resultados homogéneos y consensuados como es la CIF. El estudio que realiza es descriptivo basado en el análisis de datos secundarios de encuestas de discapacidad en América Latina, en los resultados que se

obtiene de esta investigación se identifica la diferencia de la prevalencia de la discapacidad en los países de Colombia (6,4%), Perú (8,7%), Ecuador (12,1%), Chile (12,9%) y Brasil (14,5%), cuando se compara con los datos de estos mismos países que utilizaron encuestas anteriores y que no utilizaron la CIF como marco teórico, obtuvieron resultados muy distantes (1,9%; 1,3%; 4,7%; 2,2% y 1,4% respectivamente), además fue más prevalente en el área geográfica rural y demuestra la relevancia de aplicar una herramienta de medición confiable, de esa manera habrá más probabilidad de alcanzar los objetivos sociopolíticos propuestos.

De acuerdo a Castro (2020), en su artículo publicado indicada la importancia de establecer como herramienta para la recolección de información un diagnóstico situacional específico que permita brindar una atención de calidad con la finalidad de disminuir la complicación que presentan en relación a sus cuadros clínicos, la investigación se orienta a la validación del instrumento para el análisis del diagnóstico situacional y que permita determinar la prevalencia, y la correlación con sus cuadros clínicos, la metodología utilizada es una investigación de campo, de corte transversal, tipo exploratoria, descriptiva, evaluativa, correlacional, utilizó una prueba piloto para establecer el grado de confiabilidad de los instrumentos, para la validación utilizó juicio de expertos; y los resultados que se obtienen del instrumento es 91.0 de confiabilidad en alfa de combrach, para el segundo instrumento obtiene una confiabilidad de 98; su investigación determina que la elaboración de un diagnóstico situacional específico permite obtener una información más confiable y conocer su situación real.

Esta investigación orienta hacer una reflexión profunda sobre la situación de la discapacidad actualmente desde un nivel local y que puede trascender de forma internacional, para concluir con recomendaciones sobre el futuro inmediato. Por tal razón es necesario aportar con consideraciones y conclusiones claras para beneficio de las personas con discapacidad, las personas que de su entorno cercano y/o lejano con quienes interactúan de manera directa o indirecta, buscando un desarrollo de la sociedad más óptimo. Según García-Vásquez (2015), otro de los principales obstáculos vinculados con la discapacidad es la discriminación social por lo que es relevante disponer de elementos jurídicos de protección, salud e inclusión.

Dependiendo de la realidad de cada persona con discapacidad y en comparación con las personas que no tienen discapacidad, algunas de ellas pueden ser más vulnerables a desarrollar en el ámbito de salud múltiples patologías secundarias prevenibles u otros trastornos debido a determinantes no modificables principalmente la edad; menor acceso a la educación, mayor riesgo de deserción académica y/o aprobar los grados de estudios sucesivos; mayor probabilidad de desempleo (10% aproximadamente) o menor sueldo percibido (OMS, 2011). En el Ecuador hay menor seguridad alimentaria, entornos de vivienda, cobertura de salud u otros derechos como salubridad y agua potable. De los tipos de discapacidad la física es la que más prevalece con un 47%; el mayor número de personas con discapacidad residen en provincias como Azuay, Manabí, Pichincha y Guayas; por género hay más hombres que mujeres con discapacidad de al menos el 51% como consecuencia de accidentes de tránsito y enfermedades crónicas lo que hace que necesiten de cuidadores, siendo las principales ciudades de ingreso económico para el país (EL COMERCIO, 2014).

Con los antecedentes presentados no es posible hacer un análisis profundo sobre la discapacidad en territorio, además, no se dispone de pruebas objetivas sobre la utilidad de los programas relativos al tema, lo cual obstaculiza la generación de políticas que instalen servicios ampliamente estructurados que a su vez fomenten la participación e inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos que un ser humano debe desarrollarse plenamente.

2.1.3. Fundamentación

Para el personal de salud en especial el equipo de enfermeras como eje principal en las unidades de salud, es imprescindible contar con un instrumento que permita identificar las necesidades de los pacientes con discapacidad. Para Dorothea Orem en la teoría del autocuidado hace referencia a la necesidad de atención asistencia de enfermería para establecer variables de riesgo que afectan a los seres humano jóvenes o adultos mayores, en quienes las actividades están restringidas por problemas de salud a consecuencia de diferentes circunstancias, lo cual les convierte en total o parcialmente incapaces de satisfacer las necesidades de sí mismos; para los cuales se ha definido un diagnóstico y tratamiento respectivamente (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017; Téllez & García, 2012).

Naranjo, Concepción & Rodríguez (2017) y Téllez & García (2012) indican que Dorothea Orem en su teoría determina que las diferentes alteraciones del homeostasis provocan alteraciones a nivel integral, psicológico y en su entorno; por tal motivo establece que el personal de enfermería utilice herramientas que le permitan identificar la población de riesgo mediante tres tipos de requisitos de autocuidado que incluyen universal, del desarrollo y de desviación de la salud.

La utilización de este modelo conceptual y el uso de un diagnóstico situacional para las personas con discapacidad que acuden al Hospital General Docente de Calderón permitirá identificar sus necesidades prioritarias e intervenir en acciones de enfermería para el abordaje en su autocuidado, por consiguiente esta investigación establece la necesidad que el personal de enfermería cuente con una herramienta para obtener información riguroso de las personas con discapacidad y que además en su quehacer diario brinde una atención de calidad en cualquier situación.

Para América Latina no existen datos específicos para relacionar los cuadros clínicos de la prevalencia que presentan las personas con discapacidad; así como también su, en Estados Unidos el CDC de Atlanta trabaja para fomentar la salud y el bienestar sin importar el nivel de discapacidad, en su informe hace referencia sobre las afecciones secundarias que se presentan con la enfermedad principal y que depende del tipo de discapacidad y el grado de afectación; y que por consiguiente las complicaciones son distintas, representando altos costos para la asistencia sanitaria y como consecuencia eleva los índices de morbilidad y mortalidad, se debe hacer hincapié sobre medidas de promoción y prevención de factores de riesgo y sus determinantes sociales.

La prevalencia de los cuadros clínicos dependen del tipo y grado de discapacidad, pero según estudios demuestran que los cuadros que se complican es la discapacidad tipo física por la disminución de actividades de la vida diaria que puede ir desde presentar úlceras por presión hasta problemas musculares que complican los cuadros, también cuando es necesario un cuidador pero por el factor económico no pueden acceder y en consecuencia se obtiene problemas de desnutrición, pero además los problemas que se están presentando son emocionales derivados de la aceptación familiar y su entorno.

En cuanto a la prevalencia, está alineada a las enfermedades crónicas no trasmisibles que siguen en aumento se puede observar de acuerdo a la (OMS) desde comorbilidades hasta enfermedades relacionadas con la edad.

Pero no podemos dejar a un lado que las personas con discapacidad deben tener una asistencia sanitaria integral según el MSP (2018); el estado ecuatoriano se enfoca en un modelo biopsicosocial impulsado un enfoque holístico, a pesar de lo indicado no se cuenta con investigaciones que cambian esa perspectiva de establecer solo lo cuantitativo a cualitativo estableciendo las vivencias en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad.

2.2. MARCO LEGAL

En el año 1999 la Organización de los Estados Americanos mediante la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y la Organización de las Naciones Unidas a través de su convención sobre los derechos de las personas con discapacidad realizada en el año 2006, establecieron la normativa que busca garantizar sus derechos (Organization of American States, 1999-2006), los cuales se han considerado para instaurar los instrumentos de planificación y organización a nivel nacional. En este contexto, el objetivo número dos del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 a 2017, busca auspiciar su igualdad, cohesión, inclusión y equidad social y territorial en la diversidad de los grupos de atención prioritaria que incluye a las personas con discapacidad (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013 - 2017).

Adicionalmente existe la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades creada multisectorialmente, que permite trabajos concretos y estrategias que logran su participación que en conjunto buscan brindar un alto beneficio, construir una sociedad igualitaria, incluyente y solidaria. (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2017-2021).

Se debe indicar además que para dar cumplimiento al goce de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias están amparadas por normativas en la Constitución de la República del Ecuador en su Art. 11 numeral dos establece que:

El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: 2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos, derechos y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por...estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación (Organización de discapacidades, 2008, pág. 1).

Además, al existir algún tipo de desigualdad en este grupo adoptará medidas para sancionar el incumplimiento. Con el objetivo de garantizar los derechos de las personas con discapacidad en aspectos relacionados con prevención, rehabilitación y seguimiento, la Ley Orgánica de Discapacidades y su reglamento establece en su artículo 6 que se 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... (Asamblea Nacional, 2012, pág. 8).

De acuerdo a las normativas establecidas se observa que están alineadas a garantizar la igualdad y la inclusión de las personas con discapacidad; pese a ello, los datos estadísticos que proporciona el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades las cifras actualizadas con corte de noviembre del 2020 se encuentran en 476,360 de discapacidad en todo el país donde se identifica la discapacidad física ocupa uno de los primeros lugares con el 46,14% con un porcentaje del 30 -49% que lo clasifica moderado en prevalencia en hombres en edades de 36 a 64 años población joven, por consiguiente se puede analizar que a pesar de las normativas vigentes implementadas por el estado Ecuatoriano no se ha logrado disminuir las brechas de la discapacidad representando un grave problema para la salud pública.

Para la investigación actual y obtención de los datos se solicitó autorización del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de las Américas (CEISH-UDLA) porque el sujeto de estudio pertenece a grupos vulnerables.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Discapacidad

Es una condición de los seres humanos que limita o impide su vida cotidiana y que conlleva dependencia y vulnerabilidad, es un concepto muy amplio, que ha ido desarrollándose durante estas últimas 5 décadas, ha sido motivo de debate lo que ha significado que exista numerosas definiciones y tome varios modelos conceptuales. Según la OMS (2011), la discapacidad es un término utilizado para identificar deficiencias o limitaciones en la participación de las personas para ejecutar acciones o tareas. En consecuencia, refleja las características y relaciones entre el organismo humano y la sociedad en la que se desarrolla.

Discapacidad Física

Se presenta como la disminución o alteración de las funciones motoras finas o gruesas, sumada a daños estructurales neuromusculoesqueléticos o de órganos internos, que son irreversibles y pueden conllevar limitaciones de desplazamiento, equilibrio y coordinación del movimiento, posturales, disminución de la fuerza, entre otros signos y síntomas, que implican severas restricciones de las actividades de la vida diaria y/o autocuidado (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Discapacidad Auditiva

Es una condición imperceptible ya que no presenta características físicas evidentes, pese a ello, se manifiesta por las restricciones o alteraciones irreversibles en las funciones y/o estructuras utilizadas en la capacidad de percepción de los sonidos, cuando es total se denomina cefosis y cuando es parcial se llama hipoacusia, pudiendo afectar de forma unilateral o bilateral. Su origen se puede clasificar como genéticas, adquiridas y congénitas (Ministerio de Salud Pública, 2018) (Asociaciones federadas a Helix C.V., 2017).

Discapacidad Visual

Es un conjunto de alteraciones que pueden afectar tanto la función como la estructura de la visión, las estructuras y funciones asociadas con la agudeza visual, visión de los colores y profundidad, motilidad ocular y/o campo visual. Existe dos diferentes clasificaciones de la disminución de la vista que son: ceguera, disminución visual (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Discapacidad Intelectual

Es una condición permanente, es decir para toda la vida, articulada en un déficit de las funciones, habilidades y conductas conceptuales, adaptativas, sociales y/o prácticas. Suele iniciar y manifestarse en edades previas a los 18 años y el impacto que genera es importante en la vida de la persona y de su familia (Ministerio de Salud Pública, 2018; Confederación Plena inclusión España, 2017).

Discapacidad Psicosocial

Se ha definido como un grupo de alteraciones altamente trascendentes respecto al estado cognitivo, el comportamiento y la regulación emocional que conforman la función mental de un ser humano, los cuales generalmente están relacionados a un moderado y alto nivel de estrés o una discapacidad social en una o varias de sus dimensiones u otras acciones significativas (Ministerio de Salud Pública, 2018)

Diagnóstico Situacional en Salud

Según el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), es define como una herramienta de utilidad para la identificar simultáneamente múltiples necesidades de una población en aspectos biológicos, sanitarios, sociales, económicos, demográficos ambientales y culturales con la participación activa de la comunidad. Una de las finalidades es proporcionar información de la situación de salud de una población, permite establecer necesidades y prioridades de sectores vulnerables, pero además desarrollar programas de intervención apropiados, efectivos y de calidad (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Prevalencia

Es una medida estadística que depende de la incidencia y son utilizadas en enfermedades crónicas; la tasa de prevalencia consiste en el número de casos ya sea de una patología específica o de cualquier suceso de salud, que está dividido para el número de personas que corresponden a una población, se mide en un período de tiempo específico, además observa individualmente a cada persona cuando se comprueban sus circunstancias respecto al suceso mencionado (Organización Panamericana de la Salud. , 2011; 2018; Pita, Pértegas, & Valdés, 2004).

Cuadros clínicos

Son alteraciones que se presentan por una determinada enfermedad y se establece como la relación entre los síntomas referidos y los signos percibidos por el equipo de salud. Los síntomas son manifestaciones subjetivas que el paciente informa sobre la propia percepción de la enfermedad que padece y se presentan como elementos variables en ocasiones muy poco fiables que en algunas circunstancias dificulta la valoración diagnóstica muchas veces, su interpretación puede ser difícil. Los signos son datos objetivos medibles que se obtienen mediante una exploración integral del usuario del sistema de salud, utilizando técnicas para el abordaje (OXFORD, 2020).

Enfermedad

Es un desequilibrio del estado fisiológico u homeostasis, que puede suceder en una o varias partes del cuerpo, generalmente por causas conocidas, reflejada mediante un cuadro clínico característico que evoluciona de forma previsible en la mayor parte de casos y puede incluir también diferentes trastornos o accidentes (DISCAPNET, 2020). Por consiguiente, tanto las enfermedades como sus problemas de salud relacionados, forman parte de una gran clasificación internacional por organizaciones sanitarias oficiales a las que los países miembros se sujetan, entre ellos el Ecuador, abreviada como CIE, en sus diferentes ediciones, siendo la última la décima (Herrero, 2016; Pan American Health Organization, 2019)

Enfermedades crónicas

Pueden ser no transmisibles (ECNT) o transmisibles o según su etiología, capacidad de contagio y complicaciones, en consecuencia, las ECNT se caracterizan por ser de larga duración y lenta progresión, entre las que incluyen principalmente de tipo vascular (por ejemplo, cardiovasculares o cerebrovasculares); respiratorias (por ejemplo el asma); endocrinológicas (por ejemplo, la diabetes), el cáncer, entre otras, que caracterizan el perfil epidemiológico de morbilidad mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Equipo Calificador Especializado

Es el grupo de profesionales que puede incluir un médico/a general o familiar, psicólogo/a clínico y trabajador/a social, quienes han sido previamente capacitados y acreditados por el Ministerio de Salud Pública mediante su Dirección Nacional de Discapacidades. Sus funciones incluyen evaluar, calificar y recalificar a las personas con discapacidad, dentro del Sistema Nacional de salud, ya sea en los establecimientos de salud del primer o segundo nivel de atención, siempre que cuenten respectivamente con establecimientos de salud calificadores (Ministerio de Salud Pública, 2018)

Deficiencia

Consiste en las limitaciones de una función o estructura del organismo como consecuencia de una enfermedad, trastorno o discapacidad, que de alguna u otra manera impiden la participación del ser humano en diversas situaciones vitales. Pueden ser observadas en cualquiera de las áreas de salud holística (OMS, 2020).

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM

Los trabajos realizados por la Universidad de Manchester dieron origen a la CIDDM, lo que significó un avance en los procesos para el manejo de las personas con discapacidad, aunque no se usa en la medida de lo esperado, tuvo una enorme influencia para describir las consecuencias de la enfermedad en forma lineal. Según la CIDDM (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) de la OMS (OMS). Deficiencia es, según la OMS, toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función

psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad es un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales y psíquicas (García & Sarabia, 2001).

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

En el año 2001 la OMS publicó la (CIF), la cual ofrece la descripción de todos los componentes funcionales y la compleja interrelación entre los factores involucrados en la discapacidad. La CIF tiene como principal objetivo brindar un lenguaje internacional unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estados "relacionados con la salud". Define tanto componente de la salud como "relacionados con la salud" y el "bienestar" (tales como educación, trabajo, ocio y recreación), entre otros. (García & Sarabia, 2001).

Autocuidado

Se relaciona como la función para realizar actividades de forma voluntaria e independiente dirigidas a conservar la funcionalidad de los diferentes sistemas o funciones del cuerpo humano para la salud y prevenir las enfermedades y se basa en dos aspectos fundamentales la actitud y la aptitud para realizar actividades básicas y cotidianas, que pueden estar alteradas por condiciones de salud necesitando así la ayuda de otras personas o ayudas técnicas (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Igualdad

Es una condición de oportunidades que garantizan el cumplimiento de los derechos para las personas con discapacidad. En el Ecuador el CONADIS (2020), es una organización gubernamental que trabaja sobre aspectos de inclusión laboral de personas con discapacidad en mayor porcentaje del establecido en el Código Laboral del Ecuador y la Ley Orgánica de Discapacidades.

Accesibilidad

Acceso a la atención de los servicios de salud sin importar la condición, capacidad técnica, cognitiva o física con la finalidad de garantizar una mejor forma de vida de los seres humanos con universalidad, haciendo énfasis en quienes tienen discapacidad, a través de la accesibilidad integral, atención de calidad en las personas con discapacidad (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2020)

Salud

Excelente estado de bienestar físico, mental y emocional y no solo la ausencia de enfermedad para ejecutar actividades básicas de la vida diaria y que consientan el pleno goce de sus derechos sin discriminación de raza, religión, ideología política o condición económica o social y que le permita ser parte de una salud integral en estrecha relación con el medio que rodea al individuo y los factores contextuales (Vásquez & Cáceres, 2008).

Atención Primaria de la Salud

La atención de salud busca satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad accesible para los individuos y la familia, a través de su participación y el trabajo de los gobiernos para garantizar una salud universal. La atención primaria de salud requiere de métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo que la comunidad y el país pueda acceder (Vásquez & Cáceres, 2008).

Proceso Salud - Enfermedad - Discapacidad

Deficiencia del estado de salud o del equilibrio que puede ser temporal o permanente para ejecutar actividades de la vida diaria concebidas en un ser humano de acuerdo a su edad, género, actividad y entorno. Discapacidad engloba a las deficiencias, limitaciones de la actividad o restricción de la participación (problemas de salud), englobados a su vez en los componentes de funcionamiento y discapacidad. (Vásquez & Cáceres, 2008).

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. Hipótesis General

La situación en la que se encuentra el paciente con discapacidad permite establecer una relación entre el cuadro clínico y las necesidades del individuo.

2.4.2. Hipótesis Particulares

- La hipertensión es el cuadro clínico de mayor prevalencia de las personas con discapacidad.
- Existe correlación entre el diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad.

2.4.3. Declaración de variables

- Variable Independiente: Diagnóstico situacional
- Variable Dependiente: Cuadros clínicos de las personas con discapacidad

Cuadro 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TÉCNICA
Variable Independiente Diagnóstico situacional	Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano.	Características demográficas	Edad	Datos proporcionados por: Seleccione su edad	Paciente Familiar 19 a 24 años 25 a 35 años 36 a 64 años Más de 65 años	Encuesta
			Género	Selecciones su género	Masculino Femenino LGBTI	
			Estado civil	Seleccione su estado civil	Soltero-a Casado-a Unión Libre Viudo-a Divorciado-a	
			Vivienda	Usted con quien vive	Solo Familiar Con cuidador	
			Zona	Seleccione su lugar de residencia	Zona urbana Zona rural	
			Nivel económico	Seleccione su nivel económico	Bajo Medio Alto	
Variable Dependiente	Consiste en una evaluación del profesional de salud que brinda atención	Epidemiología	Prevalencia	Tipo de discapacidad	Física Auditiva Visual Psicosocial Intelectual Lenguaje Múltiple	

Cuadros clínicos de las personas con discapacidad	sobre el estado de salud del paciente tomando en consideración sus síntomas y signos clínicos			Enfermedad que padece	Diabetes Hipertensión Cáncer Depresión Deterioro mental Enfermedad cerebro vascular Insuficiencia renal
				Grado de discapacidad	30 – 49% moderada 50 – 74% grave 75 – 84% muy grave 85 – 100% completa
				De acuerdo con su discapacidad física auditiva, intelectual, psicosocial, visual. Seleccione los problemas o alteraciones que presenta relacionados a causa de su discapacidad	Alteración de la glucosa Hipertensión Fatiga Lesiones accidentales Ulceras por presión Depresión Sobrepeso y obesidad Dolor Problemas orales Violencia Ansiedad y desconfianza Problemas de concentración Infecciones urinarias Infecciones intestinales Disfunción sexual Trastornos de aprendizaje Trastornos de memoria Trastornos del estado de ánimo Trastornos de orientación espacio temporal

		Relación intrafamiliar (Influencia del comportamiento)	Familia	<p>¿Cómo participa su familia frente a su discapacidad?</p> <p>¿Cómo es la convivencia con sus familiares?</p> <p>¿Describa cómo le apoyan emocionalmente sus familiares?</p> <p>¿Cómo participa sus familiares frente en su cuidado personal?</p> <p>¿Cómo influye su familia en el desarrollo psicosocial?</p> <p>¿Cómo se siente frente a la accesibilidad que tiene a los diferentes servicios?</p>		
		Aceptación social	Inclusión, capacidad productiva	<p>¿Cómo es la atención que usted recibe en los diferentes tipos de servicios?</p> <p>¿Cómo participa usted en el medio productiva, ingresos económicos?</p>		Entrevista

		Percepción individual	Estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento.	<p>¿Usted ha presentado problemas económicos su discapacidad?</p> <p>¿Cómo se siente cuando asiste a reuniones sociales?</p> <p>¿Ha presentado momentos de enojos e ira por el problema de su discapacidad?</p> <p>¿Cómo le gustaría que le traten?</p>		
--	--	-----------------------	---	---	--	--

Fuente: instrumento para diagnóstico situacional y la correlación con los cuadros clínicos de las personas con discapacidad

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Se toma una población de 118 pacientes constituidos entre hombres y mujeres que presentan discapacidad en edades comprendidas de 19 a 65 años o más; que residen Capelo, pero también acuden de otros lugares del país, con un nivel socioeconómico medio- bajo. Por lo tanto, se realiza una investigación mixta: cuantitativa porque se miden las variables en un determinado contexto, de corte transversal se analiza datos en un periodo determinado, tipo exploratoria relaciona los cuadros clínicos de las personas con discapacidad, descriptiva se revisa temas específicos relacionados a la prevalencia, correlacional porque determina la influencia que tiene los cuadros clínicos.

Cualitativa de tipo fenomenológica porque estudia las causas y efectos en el proceso investigativo; es un tipo de estudio etnográficos, basada en la observación y registros sintomáticos de hechos de un grupo determinado de personas en diferentes ámbitos tanto personal, social y afectivo. Además, se realiza un estudio cartográfico conceptual en base a 8 ejes 1: noción, 2 categorización, 3 caracterización, 4 diferenciación, 5 clasificación, 6 vinculación, 7 metodología y 8 ejemplificación.

Es un trabajo de campo que se utiliza como instrumento cuestionarios que van dirigido a un grupo poblacional específico con categorías netamente sociales basados en las experiencias y vivencias de los pacientes con discapacidad.

3.2. LA POBLACIÓN Y MUESTRA

El Centro de Salud Capelo es un punto calificador para la discapacidad, cuenta con una base de datos de 1100 pacientes con discapacidad los mismos que acuden de todo el país, y de ellos la mayor parte asisten con familiares; para el agendamiento de la citas médicas deben llamar 171 MSP donde les indican el día y la hora que deben acercarse al Centro de Salud de

Capelo; los pacientes acuden tanto para atención médica como para calificación y recalificación de su discapacidad, el equipo de salud responsable de este proceso es el departamento de Psicología, Trabajadora Social y el médico Calificador donde son valorados y dependiendo su necesidad son derivados a casas de salud por especialidad. Para la recolección de datos se obtiene una muestra en cadena o bola de nieve durante 15 días, que consistía en acudir a la consulta, esperar que terminen la atención, y con su autorización levantar la información con ayuda de los pacientes o sus familiares, y a su vez ellos referían a otros pacientes que se conocían mediante el proceso que presentaban por la discapacidad, se debe considerar también que como punto calificador autorizado casi en su totalidad los pacientes que se atienden en el centro de salud tienen algún tipo de discapacidad pero que asistían irregularmente a las consultas, el trabajo se realizó hasta completar 118 pacientes.

3.2.1. Características de la población

Pacientes que acuden al Punto Calificador Distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo con algún tipo de discapacidad se selecciona mediante un muestreo no probabilístico o por bola de nieve de 118 pacientes con discapacidad, ya sea física, visual, auditiva, intelectual y psicológica, y que puedan participar en la investigación. La mayor parte de los pacientes acuden solos llevados por su autodeterminación, necesidades biológicas, económicos beneficios del bono, estado emocional, la mayor parte de la población con discapacidad pertenece a la zona rural con un nivel de económico bajo y con instrucción primaria. Los pacientes acudían a la consulta con temor por la situación de pandemia y los riesgos con consecuencias devastadoras de contraer el virus.

3.2.2. Delimitación de la población

Pacientes con algún tipo de discapacidad que acuden al punto calificador durante los meses de febrero a diciembre.

3.2.3. Tipo de muestra

No probabilística porque se toma de acuerdo a la asistencia de los pacientes en una fecha determinada y se utilizará la técnica de bola nieve para el análisis cualitativo; se acudió a la consulta externa del centro de salud para hacer la aplicación de los instrumentos de investigación y entrevistas a profundidad.

3.2.4. Tamaño de la muestra

118 pacientes seleccionados y personal de salud que brindan atención de los pacientes con discapacidad seleccionados con el sistema de selección llamado bola de nieve durante los meses de febrero a diciembre

3.2.5. Proceso de selección – Bola de Nieve

Para la selección se utilizó la técnica de bola de nieve o muestreo por preferidos que es un método de muestreo no probabilístico porque los participantes pertenecen a un grupo vulnerable, consistió en obtener información a los pacientes que acudían a la consulta y ellos nos referían a sus conocidos o amigos que presentaban algún tipo de discapacidad produciendo un efecto acumulativo, por encontrarnos en pandemia muchos pacientes se les hizo la entrevista por vía telefónica por seguridad de los pacientes.

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

3.3.1. Métodos teóricos

El método que se utilizó fue inductivo, deductivo. El método lógico inductivo permitió en esta investigación conocer los casos de las personas con discapacidad donde se analizaron datos sobre el tipo y grado de discapacidad y mediante el método lógico deductivo permitió como eje cuantitativo el desarrollo del diagnóstico situacional y la correlación de los cuadros clínicos, y que fueron sometidas a verificación empírica.

3.3.2. Métodos empíricos

El método empírico permitió hacer un análisis sobre la necesidad de que exista un diagnóstico situacional específico para las personas con discapacidad que permita identificar de manera oportuna y adecuada la correlación que existe entre sus cuadros clínicos y disminuir los índices de morbi-mortalidad causadas de las infecciones secundarias y comorbilidades.

3.3.3. Técnicas e instrumentos

Para recolectar la información se utilizó técnicas como: encuesta cuantitativa y entrevista cualitativa a saturación, en los cuales se utiliza dos instrumentos cuestionarios para la parte cuantitativa con preguntas cerradas y de selección múltiple dirigida a los pacientes con algún tipo de discapacidad o en el caso a los familiares responsables de su cuidado y el otro al personal de salud que brinda atención; para la cualitativa una entrevista a profundidad con preguntas abiertas no estructurado a saturación aplicada a las personas con discapacidad que permitió identificar la percepción del paciente con un enfoque cualitativo.

Descripción de los instrumentos

Los instrumentos son diseñados con el fin específico de cada uno de los objetivos y fueron validados por juicio de expertos y comparado por el sistema estadístico de alfa de Cronbach disponible en SPSS. Se utiliza los instrumentos validados por Castro (2020) en su artículo publicado donde se establece la validez del contenido a través de una prueba piloto y juicio de expertos; para el análisis cuantitativo se selecciona una muestra de 18 personas con discapacidad de forma aleatoria, y para la validación cualitativa se utiliza una encuesta a profundidad con un participante. Para el estudio cuantitativo se emplea un juicio de expertos, que se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, y que pueden dar información, evidencia, juicios, valoraciones, para esta validación participaron 3 docentes especialistas en el manejo de personas con discapacidad, un experto en el área de investigación, que además cuenta con experiencia en la realización de juicios y valoraciones. Todos ellos docentes e investigadores de nivel medio superior, con formación académica de licenciatura, maestría y doctorado con experiencia docente. Se selecciona una población a conveniencia de 18 participantes.

Descripción del instrumento cuantitativo: El instrumento para el diagnóstico situacional y la correlación con los cuadros clínicos de las personas con discapacidad consta de dos partes el uno dirigido al paciente con discapacidad y el otro dirigido al equipo de salud, la primera parte consta de dos objetivos el primer objetivo tiene 8 preguntas que buscan determinar la condición de los pacientes (datos demográficos) con discapacidad en relación con los posibles cuadros clínicos a su vez confirmar el porcentaje de tipos de discapacidad. El segundo objetivo consta de 3 preguntas; mide la sintomatología presentada por los pacientes

que acuden por primera vez en busca de atención especializada. El cuestionario se califica con opciones de respuesta múltiple. El documento consta en el **ANEXO 6**.

Procedimiento de validación del cuestionario cuantitativo: Según Castro (2020), se establece indicadores sobre el diagnóstico situacional con preguntas planteadas de manera ordenada, objetiva, concreta, precisa y con criterios para obtener una información veraz y confiable de las respuestas determinadas por el problema y los objetivos de la investigación. Para el juicio de expertos los cuestionarios están establecidos en ítems, cuyos criterios evalúan cada uno de los objetivos planteados en la investigación y que permiten evaluar el grado de confiabilidad, pertinencia y validez del instrumento; para la evaluación de expertos se utiliza una rúbrica sobre 100 puntos. Se analiza la pertinencia de cada ítem respecto a lo que se quiere medir de acuerdo al objetivo planteado. Así mismo la validez, que se determina por la eficacia del contenido con el análisis de la posible solución a los problemas y por último la coherencia; que está determinada por la estructura y el contenido de la respuesta.

Al final del cuestionario se presenta la rúbrica, con la siguiente ponderación: de 100 a 80 excelente, 79 a 50 buena, con leves cambios en las preguntas, de 49 a 00 implica que el cuestionario es poco confiable y se debe cambiar la pregunta o sacarla. Al terminar, se suma los puntajes obtenidos en cada uno de los parámetros; validez, pertinencia y coherencia, se divide entre tres y ese resultado, es la confiabilidad de la prueba del cuestionario, que una vez validado, pueden ser utilizado en las investigaciones.

Para el análisis se establece la media aritmética que se obtiene al sumar cada ponderación establecida en la rúbrica para obtener el puntaje final de la prueba y se realiza un análisis estadístico para la fiabilidad de los jueces. Para ello se utiliza el coeficiente de alfa de Cronbach que está integrado en el SPSS. Posterior a eso, se calificará el instrumento con base a los criterios de confiabilidad: muy confiable, confiable y poco confiable. De esta manera el instrumento proporciona los datos necesarios para la confirmación de las hipótesis o solución de los objetivos que se propone en la investigación.

Descripción del instrumento cualitativo: El instrumento de validación cualitativa de las discapacidades está dirigida a pacientes con discapacidad, diseñada en función de tres categorías: 1. Relación Intrafamiliar, 2. Aceptación social, 3. Percepción Individual; para guardar la confidencialidad y facilitar el manejo de los datos se establece como códigos de las

categorías: 1. COD1 (RENI), 2. COD2 (ACESO), 3. COD3 (PEI), y los participantes se los identifica con los siguientes códigos: PAC1, PAC2, PAC3, PAC4, PAC5. El documento consta en el **ANEXO 7**.

Como técnica se utiliza la entrevista a profundidad, con un cuestionario de estructura abierta dando la oportunidad al paciente de manifestar sus vivencias y experiencias propias, con la finalidad de saturar los recuerdos del participante, para confirmar su respuesta en base al contenido y la frecuencia; se toma datos específicos sobre el estado psicoemocional; en el instrumento para la validación se hace constar de manera referencial preguntas enfocadas a la Relación Intrafamiliar, Aceptación social, Percepción Individual.

Procedimiento de validación del cuestionario cualitativo: Para la validación del instrumento cualitativo se utiliza una entrevista dirigida a un paciente con discapacidad. Dicha entrevista está estructurada en función de las siguientes variables y codificaciones: COD1(RENI) relación intrafamiliar la influencia del comportamiento de la familia en el pensamiento, la actitud y aptitud; aceptación social COD2(ACESO) la accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva y la percepción individual COD3(PEI), el estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento. Según Castro (2020) se utiliza un cuestionario no estructurado, se basa en la técnica de la entrevista mediante una grabación con la persona que accedió voluntariamente a contestar los cuestionarios de la entrevista durante de 60 minutos aproximadamente. Se completa toda la información y las respuestas fueron grabadas y transcritas para su análisis. Para el análisis se obtiene de la suma de los puntajes de cada experto por cada aspecto, pertinencia, validez, coherencia y la varianza de cada aspecto.

Para la validación del instrumento de la encuesta, el método se realizó de acuerdo con la validación de los procedimientos analíticos y el estadístico utilizado. Es decir, el valor del alfa de Cronbach, es igual a 91, lo que significa que existe relación entre las variables del estudio equivalente a muy confiable en el instrumento de la entrevista y para sus factores se obtuvo para el factor: Relación intrafamiliar COD1(RENI) de promedio de confiabilidad de 94,98 equivalente a muy confiable en el instrumento, para el factor de Aceptación social COD2 (ACESO) con promedio de confiabilidad de 96,98 equivalente a muy confiable en el instrumento y el factor Percepción individual COD3 (PEI) de promedio de confiabilidad de 94,98 equivalente a muy confiable en el instrumento.

La validación de un instrumento es una técnica utilizada para comprobar científicamente la confiabilidad de las preguntas o cuestionarios según los objetivos de la investigación; por tal razón, es necesario elaborar herramientas con preguntas que permitan responder dudas en el proceso de la investigación, establece la importancia de que la validación este a cargo de jueces y expertos que califiquen la utilidad de los instrumentos con parámetros como la Pertinencia de la pregunta, Valides que se determina según el tipo de resultado mediante el análisis y las posibles soluciones; Coherencia que está determinada por la claridad de la respuesta , comprensión y contenido (Lòpez, 2019) (Romero, Campoverde, Echeverría, & Romero, 2019).

3.3.4. Consideraciones éticas

La información recolectada para este estudio será empleada solo para fines de investigación respetando y cuidando los principios Éticos y los derechos del paciente. Se informa a los pacientes y el personal de salud el objetivo de los instrumentos que van hacer aplicados y se les indico que su participación es voluntaria y que deben firmar un consentimiento informado tanto para los pacientes, familiares y el personal de salud; considerando que sean capaces de responder las encuestas y la entrevista a profundidad; por ser el objeto de estudio un grupo vulnerable se solicita autorización del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Las Américas (CEISH-UDLA) donde se presenta el protocolo de la investigación que fue revisados y aprobados mediante el proceso de revisión acelerada el 19 de noviembre de 2020. Se obtiene la aprobación, con una duración de un año, después de la cual se debe solicitar una extensión si fuera necesaria. El 14 de diciembre del 2020 se solicita el cambio de lugar para levantar la información al punto calificador Centro de Salud Capelo por ser un puesto autorizado para la atención de pacientes con discapacidad, con la autorización correspondiente se continua con la investigación.

En toda correspondencia con el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos, favor referirse al siguiente código de aprobación: VMCC-201104-001. El documento consta en el **ANEXO 8**.

3.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Los datos se recopilaron en una base de datos diseñada en MS-Excel ®. Los análisis y gráficos se realizarán usando el paquete estadístico "R" (2015), vers.3.1.3. Software libre disponible de manera gratuita en: ([URLhttp://www.R-project.org](http://www.R-project.org)).para su análisis y reporte final. Todas las variables se reportarán con sus frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La prevalencia de la discapacidad en el mundo va en aumento, esto se debe al envejecimiento de la población, así como el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas como: las enfermedades cardiacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad y morbilidad que dejan secuelas de discapacidad importantes en la población; siendo más vulnerables los países con ingresos económicos más bajos. En el Ecuador de acuerdo al CONADIS existe 474,484 personas con algún tipo de discapacidad hasta diciembre del 2020, con más prevalencia la discapacidad física ente el 46,02% con un grado del 30 al 49%, lo que le hace un factor de riesgo vulnerable para el apareamiento de las enfermedades crónicas, seguido de la discapacidad intelectual y auditiva.

Cuadro 2. Frecuencia del tipo de discapacidad y su relación con el grado de discapacidad.

Tipo de discapacidad	30 – 49%	25 – 49% (moderada)	50 – 74% (grave)	75 – 95% (muy grave)	96 - 100% (completa)	Total	%
Auditiva		5	5	2		12	10,2
Auditiva, Física			1	1		2	1,7
Auditiva, Física, Psicosocial, Intelectual		1				1	0,8
Auditiva, Física, Psicosocial, Intelectual, Lenguaje, Múltiple					1	1	0,8
Auditiva, Física, Visual			2			2	1,7
Auditiva, Física, Visual, Psicológica, Intelectual	1					1	0,8
Auditiva, Lenguaje			1	1		2	1,7
Auditiva, Visual		1	1			2	1,7
Física		11	29	19	5	64	54,2
Física, Visual			1	2		3	2,5
Intelectual			2	9	4	15	12,7
Intelectual, Lenguaje			1	1		2	1,7
Psicosocial		2				2	1,7
Visual		3	3	3		9	7,6
Total	1	23	46	38	10	118	
Porcentaje	0,85	19,49	38,98	32,20	8,47	100	100

De acuerdo al cuadro 2, se identifica un alto índice de discapacidad en los rangos de grave y muy grave gravedad, de acuerdo a la escala genérica de gravedad de discapacidad del Ministerio de Salud Pública, se puede decir que la discapacidad grave y muy grave presenta secuelas permanentes de limitaciones funcionales que dificultan realizar actividades de la vida diaria básicas para su autocuidado.

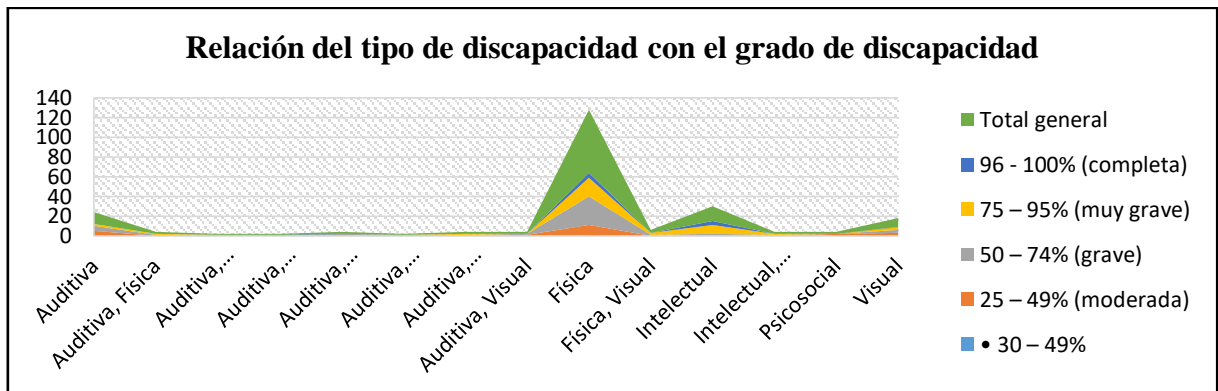


Figura 1. A partir de la relación del tipo de discapacidad con el grado de discapacidad

En la figura 1 se puede observar que las personas con discapacidad física presentan grados de discapacidad entre grave y muy grave lo que significa secuelas permanentes e incluso requieren de apoyo o cuidados de terceras personas, pero por el bajo nivel económico de los pacientes que acuden a Capelo sus cuadros se complican y además que por su condición de inactividad física puede manifestarse con el apareamiento de las enfermedades crónicas. La discapacidad auditiva constituye otro factor importante de acuerdo a estudios realizados en Canadá donde se reportaron también niveles bajos de actividad física.

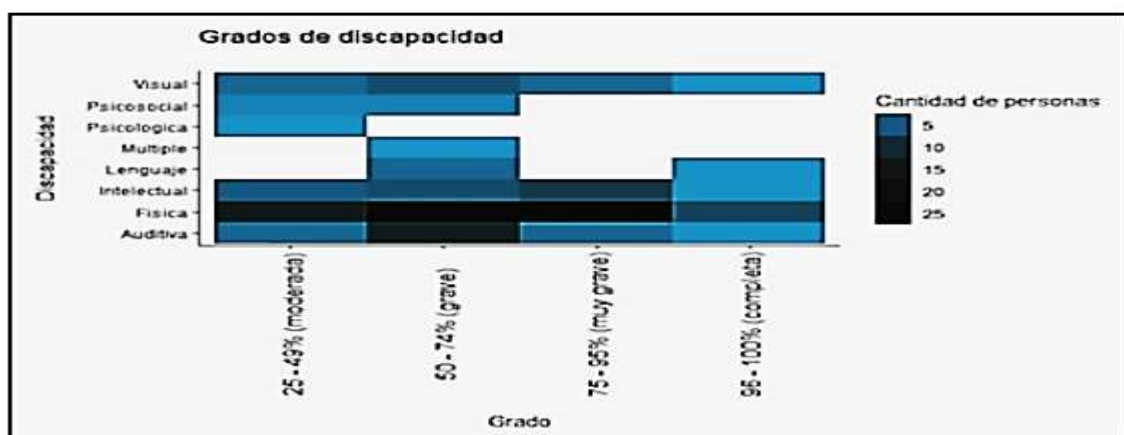


Figura 2. Frecuencia entre el tipo y el grado de discapacidad en relación a la discapacidad física

En la figura 2 se puede indicar que de todos los pacientes sometidos a esta investigación tienen mayor concentración en personas con discapacidad física con un grado grave y muy grave, por tal razón se presentan factores de riesgo atribuibles a su condición como la inactividad física, sedentarismo, obesidad y como consecuencia un riesgo alto a desarrollar enfermedades crónicas, pero sobre todo la probabilidad de que se produzcan complicaciones en sus cuadros clínicos; otro factor que se asocia a esta alteración es la edad. Por ejemplo, las personas conforme aumentan la edad pierden más la funcionabilidad por los procesos propios del envejecimiento. Pero sin duda, uno de los problemas encontrados, es la falta de acceso a los servicios salud, por la dificultad en la movilidad agravando aún más sus cuadros.

Cuadro 3. Frecuencia de alteraciones en el cuadro clínico en personas con discapacidad

Cuadro clínico	Tabulación	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia relativa	Porcentaje relativo
Alteración de la glucosa	3	0,16	15,79	0,16	15,79
Hipertensión	3	0,16	15,79	0,32	31,58
Depresión	3	0,16	15,79	0,47	47,37
Dolor	3	0,16	15,79	0,63	63,16
Trastornos del estado de animo	1	0,05	5,26	0,68	68,42
Lesiones accidentales	1	0,05	5,26	0,74	73,68
Ansiedad y desconfianza	1	0,05	5,26	0,79	78,95
Trastornos de memoria	2	0,11	10,53	0,89	89,47
Trastornos del estado de animo	2	0,11	10,53	1,00	100,00
Total	19	1	100		

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, el apareamiento deja secuelas importantes y problemas para la salud pública. Los riesgos de desarrollar condiciones concurrentes en los pacientes con discapacidad son elevados por su condición son más proclives a la inactividad física, consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, estas características constituyen un factor clave que genera un aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Y como consecuencia se presenta alteraciones como: hipertensión arterial que es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cardiopatías, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular y diabetes.

El cuadro 3, muestra el cuadro clínico que presentan las personas con discapacidad encuestadas recae en la alteración de la glucosa, la hipertensión, la depresión y el dolor con un 15,79% y una frecuencia relativa acumulada del 63,6%, por tanto, señala la prevalencia de estas alteraciones bajo la perspectiva de la mayor frecuencia observada con base en las respuestas

dadas por el personal profesional que atiende a personas con discapacidad seguidas de trastorno de memoria y de estado de ánimo; que conlleva al apareamiento de enfermedades crónicas no trasmisibles y la complicación de los cuadros clínicos.

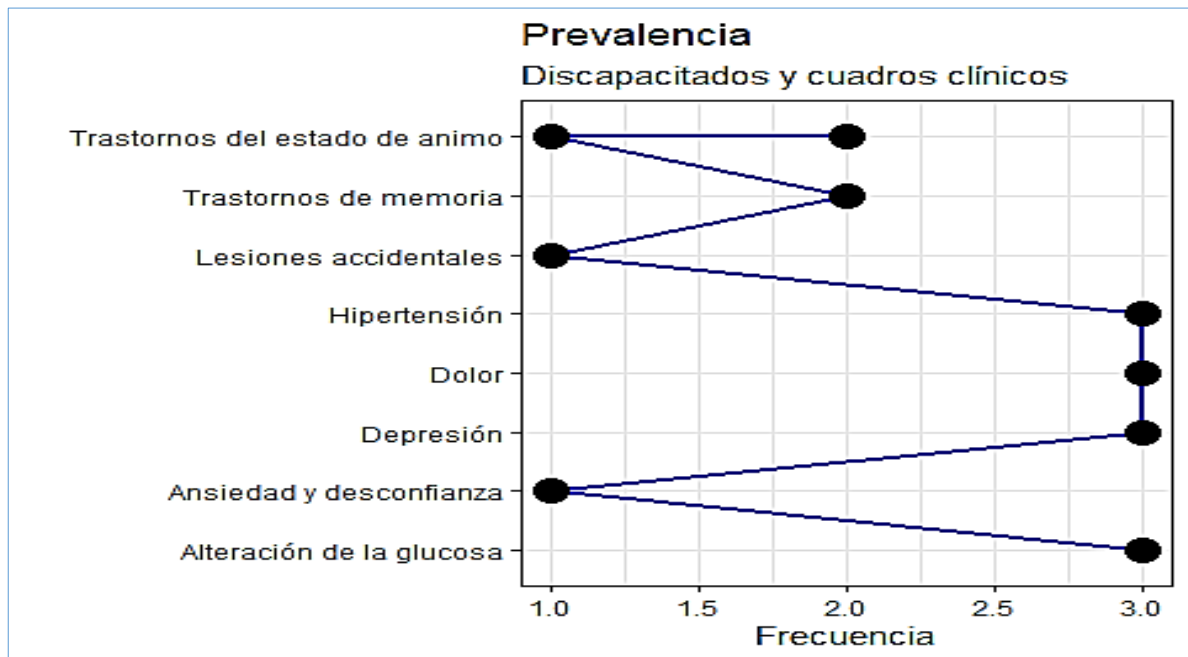


Figura 3. Prevalencia en el cuadro clínico de personas con discapacidad

La promoción y la prevención de la salud deben ser orientadas con mayor énfasis a las personas vulnerables como lo son las personas con discapacidad, por el estado de salud más precario y el menor acceso a la asistencia sanitaria lo que conduce al riesgo de prevalencia de las enfermedades crónicas que tienen efectos devastadores para el paciente y su entorno familiar. La prevalencia de las enfermedades crónicas está en aumento y la mayoría se producen en países de bajo recursos estas enfermedades son: la hipertensión, cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes podrían ser manejadas si todos los países enfocaran la atención en prevención y control de las enfermedades no trasmisibles. Otro factor influyente en las complicaciones que presentan las personas con discapacidad es el apareamiento de las enfermedades mentales como alteraciones en el humor, trastornos de ansiedad, abusos de sustancia que se presentan derivadas de su propia enfermedad o por factores socio-familiares, lo que les lleve a un círculo de complicaciones y por ende deterioro de sus cuadros clínicos.

En la figura 3, se puede observar de manera gráfica como las cuatro alteraciones citadas anteriormente determinan la prevalencia en los cuadros clínicos de las personas con

discapacidad que fueron atendidas por los profesionales durante el periodo de la investigación, denotando por un lado alteraciones biológicas como son la hipertensión y la alteración de la glucosa y el dolor y, por otro lado, la depresión como una alteración de tipo psicológica.

Cuadro 4. Prevalencia de enfermedades en personas con discapacidad

Enfermedad	Física	Psicosocial	Intelectual	Auditiva	Lenguaje	Psicológica	Visual	Total	Porcentaje
Deterioro mental	13	4	16	6	3	1	1	44	22,6
Hipertensión arterial	18	1	2	9	1	1	5	37	19,0
Depresión	34	0	5	6	2	0	2	49	25,1
Insuficiencia renal	7	0	0	0	0	0	3	10	5,1
Enfermedad cardiovascular	11	0	0	0	0	0	8	19	9,7
Diabetes	10	2	3	4	0	0	5	24	12,3
Cáncer	9	0	1	1	0	0	1	12	6,2
Total	102	7	27	26	6	2	25	195	100
Porcentaje	52,3	3,6	13,8	13,3	3,1	1,0	12,8	100	

Según el CDC de Atlanta, las personas con discapacidad presentan más tasas de estrés y depresión por ser un grupo vulnerable se enfrentan a limitaciones en políticas y normas inadecuadas para el cumplimiento de sus derechos, actitudes negativas por la sociedad perjuicios tanto en lo laboral como en la capacidad para su educación, falta de prestación de servicios de salud y apoyo en la asistencia en procesos que requieren rehabilitación, menor actividad económica y como consecuencia altas tasas de pobreza que conlleva a peores condiciones de vida y como resultado un deterioro en su estado de salud mental.

En el cuadro 4, la prevalencia de la depresión como una enfermedad en la mayoría de discapacidad es notoria, principalmente en personas con discapacidad física. Le sigue el deterioro mental y a continuación la hipertensión arterial son las 3 enfermedades que se definen como prevalentes de acuerdo con el estudio realizado.

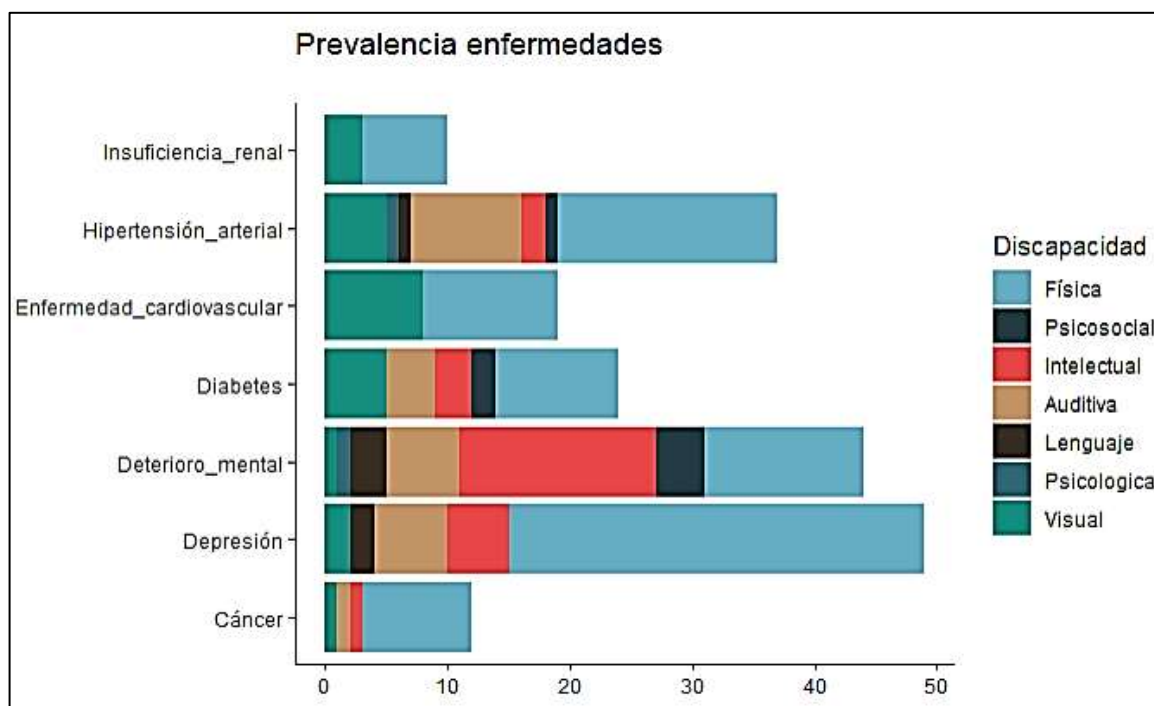


Figura 4. Prevalencia de enfermedades en personas con discapacidad

La relación entre condiciones de salud y la discapacidad asocia altas tasas de comorbilidad y malas condiciones de vida. De acuerdo a la investigación se observa la prevalencia de la discapacidad física es evidente en todas las enfermedades crónicas; por consiguiente, la discapacidad se detecta como un factor primario asociado a otra condición de salud y con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles los cuadros de los pacientes con discapacidad se deterioran. Los factores determinantes de las enfermedades crónicas son factores de riesgo que pueden ser modificables como el exceso de peso, la obesidad, niveles elevados de colesterol, la hiperglucemia y la hipertensión pueden ser manejados a través de programas de prevención de la salud, el factor conductual relacionados al régimen alimentario, determinantes de tipo ambiental aquí se encuentra las condiciones de vida, trabajo, educación y acceso a los servicios de salud que se pueden mejorar mediante la prevención de las enfermedades y las intervenciones para la detección temprana.

En la Figura 4, se observa la relación de la depresión con la discapacidad física. Además, es importante denotar que las personas con discapacidad física están presentes en todas las enfermedades.

En la Figura 5, se observa la prevalencia por tipo de discapacidad mostrado a nivel de porcentaje, como resultado de las encuestas realizadas a las personas con discapacidad, de tal manera que se evidencia las enfermedades de mayor frecuencia, como el deterioro mental, la depresión y la hipertensión arterial. Para relacionar las enfermedades prevalentes de los encuestados se lo realizó a través de los resultados estadísticos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, la cual ...

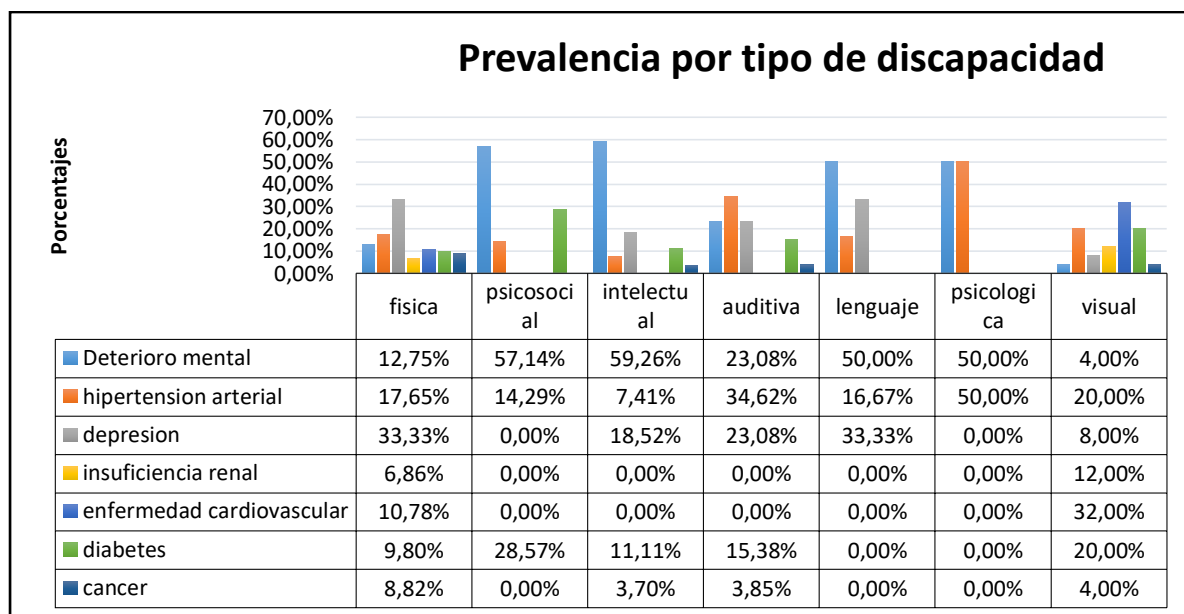


Figura 5. Prevalencia de enfermedades en personas con discapacidad

4.1.2. Análisis cualitativo

En cuanto al análisis cualitativo, los datos se obtienen a través de la entrevista a personas con discapacidad muestran varias situaciones que permiten levantar un diagnóstico situacional de esta población.

Con relación a la participación de la familia en la discapacidad, se presentan escenarios favorables para las personas con discapacidad, con apoyo incondicional y cuidados. Asimismo, se presentan situaciones desfavorables para las personas con discapacidad cuando afirman que su familia, principalmente hijos, no se encuentran pendientes o peor aún, experimentan el abandono.

Por otro lado, las relaciones familiares se ven afectadas, aseveran muy pocas personas con discapacidad tener una buena relación con sus familiares, mientras otras mencionan que se sienten incomprendidas.

En cuanto al apoyo emocional en su mayoría reciben apoyo de parte de sus familiares con palabras de aliento, pero también hay personas que manifiestan que son de manera esporádica o en casos peores no reciben el apoyo emocional que esperan.

De las respuestas dadas por las personas con discapacidad entrevistadas en su mayoría consideran que no tienen accesibilidad o es muy reducida en lo referente a la atención en salud, manifiestan no tener beneficios y servicios sociales o a su vez su acceso es muy complicado y hacen notar su inconformidad con este derecho.

La situación económica golpea con mayor intensidad a las personas con discapacidad más aún en estas circunstancias de pandemia, no tienen acceso a fuentes de empleo y lo poco que reciben como bono, apenas cubren los gastos básicos de alimentación, por tal motivo se sienten deprimidos e impotentes frente a una sociedad que los discrimina y olvida.

Análisis sobre las experiencias de vida de las personas con discapacidad

Categoría 1: COD1(RENI)

Discapacidad Auditiva

Los pacientes con discapacidad auditiva cuentan con el apoyo familiar que le ayudan con la interrelación familiar influyendo de manera directa en su recuperación, los familiares de los pacientes PAC 2 y PAC 3 consideran el apoyo familiar como un aspecto de gran importancia durante los procesos de tratamiento y rehabilitación, sin embargo, por la situación actual se produce conflictos socioeconómicos atraviesan dificultades económicas y como consecuencia problemas intrafamiliares que dificultan el tratamiento. Así lo confirma el familiar:

PAC 2 *“nosotros apoyamos a nuestro familiar en lo que se puede, pero a veces no podemos en todo por el dinero, el necesita un chequeo médico, pero nos dieron cita para tres meses.”*

Los familiares del PAC 3 manifiestan *“queremos que salga adelante, asista a terapias y pueda sentirse útil.”*

Discapacidad Física

Frente a los pacientes con discapacidad física encontramos problemas para realizar actividades de la vida diaria como: bañarse, vestirse, alimentarse, dificultades en el control de esfínteres y movilidad, por lo tanto, requieren de un cuidado permanente de sus familiares, pero en algunas ocasiones se observa inconvenientes como desgaste físico, psicológico y en consecuencia atraviesan conflictos emocionales. Como hace referencia:

PAC 1 *“mi familia me apoya, pero me siento inútil no tengo el brazo derecho y como soy mujer debo ayudar en la casa, pero no puedo y me deben bañarme porque encima de todo tengo problemas en la piel como alergia.”*

Para el PAC 4 *“mis familiares están cansados no tenemos plata para los pañales que necesito ni siquiera el bono recibo no se quehacer.”*

En el caso del PAC 10 *“mi padre es muy bueno, pero a veces le veo cansado y enojado otras veces llora todo el tiempo porque no tenemos dinero para ir a las terapias y no vienen del centro de salud para ver cómo estamos nos dicen que es por la pandemia que no pueden venir. Nosotros lo apoyamos, pero no es suficiente”*

Discapacidad Visual

Para los pacientes con discapacidad visual el apoyo familiar constituye un aspecto de gran importancia para el logro de su autonomía, pero se ven amenazados por ambientes llenos de confusión, desorientación, depresión, dudas e inquietudes respecto como ayudar a su familiar con discapacidad visual, nos indican que existe muchas limitantes para su inclusión ante la sociedad, así lo indica:

PAC 5 *“no puedo superarme aquí en este país todo es limitado no tenemos recurso y no existe oportunidades me siento mal, el gobierno debería enseñar a quienes nos cuidan el sistema Braille para seguir aprendiendo desde la casa.”*

PAC 11 *“soy madre soltera, mi familia me ayuda con el cuidado de mi hija lo único que me entristece es no conocer a mi hija solo me imagino cómo será su carita.”*

Discapacidad Psicosocial

Las familias afrontan problemas socio-económicos, inseguridad y desintegración familiar perjudicando la estabilidad y equilibrio entre los miembros de su entorno familiar, lo corrobora la madre del PAC 6:

PAC 6 *“me da miedo por las alteraciones que presenta mi hijo hay ocasiones que me agrede y tengo que aguantarme porque no tiene la medicina y como yo también tengo discapacidad no lo puedo ayudar”*

Para el familiar del PAC 7 *“cuando tiene crisis voy al centro de salud a pedir ayuda, pero no tienen un médico especialista que le de la medicina que necesita para ese momento de crisis”*

Discapacidad Intelectual

En el caso de los pacientes con discapacidad es necesario el apoyo del personal de salud dirigido a los familiares en temas relacionado al manejo de los pacientes, con la finalidad de promover el desarrollo, la educación y el bienestar, así como favorecer oportunidades, para los familiares del paciente:

PAC 8 *“nosotros apoyamos a mi hijo que tiene una discapacidad intelectual PCI, ahora tiene 18 años. A veces mi esposa está cansada porque ella es quien le cuida y no tenemos los recursos, nos sentimos muy tristes no podemos hacer nada más por mi hijo, mi hijo necesita ayuda para la alimentación, para bañarse para hacer sus necesidades debemos cambiarlo de pañal, darle de comer en fin todo, tratamos de ayudarlo con terapias, pero no contamos con el recurso no recibimos el bono.”*

Discapacidad Lenguaje

Los familiares de la paciente participan en el proceso de rehabilitación e integración, sin embargo tienen una necesidad imperiosa de que el personal de salud se capacite sobre aspectos relacionados con la comunicación, información y acompañamiento, porque presentan limitaciones para su total integración en la sociedad como es el caso:

PAC 9 *“se nos hace difícil el manejo de mi familiar con nuestros propios recursos asistimos a talleres para aprender el lenguaje de señas, pero nadie nos indica nosotros mismos nos hacemos entender, ellas por ser mujer necesita algunas cosas personales yo a veces le entiendo otras no”*

Discapacidad Múltiple

En el entorno familiar de la paciente se identifica problemas económicos, emocionales y educativos, se observa un estado de salud más precario, por la falta de acompañamiento del personal de salud a los familiares en el manejo de la discapacidad así lo confirma el familiar:

PAC 12 *“quiero mucho a mi familiar no importa lo que tenga, pero no sé cómo cuidarlo, a veces le doy medicina natural para aliviar sus dolores porque no tengo para más, pero me siento desesperada porque veo cómo se complica.”*

Categoría 2: COD2(ACESO)

Discapacidad Auditiva

La accesibilidad a los servicios de salud, son deficientes lo que provoca complicaciones o deterioro en sus cuadros clínicos, así como lo afirma el familiar:

PAC 2 *“es mala la atención, no pueden explicar que debo hacer para que le den la prótesis y me envían a pedir cita vía telefónica, sin pensar que a veces estoy sola, y no hay turnos, tampoco especialistas que nos ayuden ya llevamos mucho tiempo esperando.”*

Otro factor importante es la dificultad en el acceso a la educación según lo manifiestan los familiares:

PAC 3 *“se siente excluido por las clases no puedo aprender ahora nada por la modalidad virtual por la pandemia ya no quiere estudiar”*

Discapacidad Física

Los pacientes con discapacidad física presentan muchas barreras que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud en aspectos relacionados a la atención, la rehabilitación, el apoyo y la asistencia, según lo indica el paciente:

PAC 1 *“nadie sabía lo que tengo, fui por todos lados y nadie daba con mi enfermedad cuando me enfermo y me preguntan los antecedentes se miran entre ellos porque no saben de qué se trata mi enfermedad, yo necesito rehabilitación, por motivos de la pandemia no puedo ir al hospital, pero tampoco nadie me ha llamado para preguntar como estoy, ahora ya no siento mis manos todo se me cae al piso y tengo miedo quemarme.”*

Además, otro aspecto importante son sus ingresos económicos que al ser limitados genera pobreza y malas condiciones de vida como hace referencia:

PAC 4 *“no tengo dinero para mi familia ellos dependen de mí, busco trabajo, pero primero preguntan si tengo alguna discapacidad.”*

Y también lo manifiesta el PAC 10 *“no tengo dinero para movilizarme necesito 20 dólares para el transporte por tres veces a la semana en total 60 dólares ya no tengo plata les pido en el centro que me cambian de lugar, pero no me hacen caso no se de quien depende a veces puedo ir otras veces no, y cuando me atraso me dan cita para tres meses, y cuando no voy me siento enfermo no puedo orinar, y tengo mucho dolor en las piernas y brazos nadie me ayuda, que me ayuden por favor les ruego.”*

Discapacidad Visual

Existen barreras no solo en el acceso a los servicios de salud, sino además en la comunicación por la falta de información no disponible en formatos accesibles, por lo que personas con discapacidad no logran acceder a TIC básicas, como teléfonos o televisores, nos confirma:

PAC 5 *“no tengo buena información la tecnología para mí no es buena, y como todo ahora es virtual se me hace difícil preparándome.”*

En el caso de la PAC 11 menciona *“me he caído muchas veces cuando me toca salir a la calle, no puedo recibir una atención de salud adecuada no existe folletos ni hojas volantes para ciegos, en mi caso me cuesta escuchar las conferencias porque se me olvida.”*

Discapacidad Psicosocial

Las personas con discapacidad notifican la falta de seguimiento para atender sus necesidades así lo indica:

La PAC 6 *“me siento triste arrendamos un cuarto y los vecinos nos regalan para comer, señorita por favor que nos ayuden el bono no alcanza para poder vivir y comprar las medicinas, o que me ayuden para llevarle a mi hijo al Hospital porque en el centro de salud no hay quien le atienda.”* Para el PAC 7 *“si me atienden bien en los lugares donde voy, yo solo necesito una cita con el especialista para que me den la medicina”*

Discapacidad Intelectual

Es necesario que el personal de la salud cuente con las competencias y aptitudes necesarias para abordar las necesidades individuales de las personas con discapacidad; así lo confirma los familiares:

PAC 8 *“no tenemos beneficios de nada vivimos con las justas ahora yo no trabajo soy jornalero y debo esperar que me salga algo mientras tanto mi hijo necesita desde pañales, pero no tenemos ayuda de ningún tipo, ninguna ayuda no tenemos el bono, no podemos pagar los servicios básicos vivimos con las justas. no tengo trabajo y no tengo como apoyar en las terapias a mi hijo para evitar que se complique, si no tengo a veces ni para comer.”*

Discapacidad Lenguaje

Es oportuno incorporar la enseñanza de la discapacidad de lenguaje en programas de pregrado, postgrado y de educación continua para facilitar la inclusión de este grupo de pacientes, así lo indica el familiar:

PAC 9 *“si tenemos beneficios lo único que falta para ayudarnos es que las personas que nos atienden aprendan un poquito si es posible el lenguaje de señas por favor si es necesario cuando vamos por emergencia no nos dejan entrar con ellos y no tienen como comprender lo que les duele.”*

Discapacidad Múltiple

La accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva sigue siendo un problema que presentan las personas con discapacidad como lo confirma el familiar:

PAC 12 *“se hace difícil ir al centro de salud porque no tengo los medios para llevarlo y a veces se complican, y necesito por favor que me ayuden con un trabajito porque no tenemos dinero para llevarle a las terapias, como no puede hacer nada necesita de mucha ayuda”*

Categoría 3: COD3(PEI)

Discapacidad Auditiva

La exclusión, el prejuicio, el desconocimiento y la discriminación agravan la situación de las personas con discapacidad, de acuerdo al familiar:

PAC 2 *“no quiere participar en nada, no sale a la calle porque apenas ven que se comunica con señas nos que quedan viendo como animales raros, mis audífonos ya no valen señorita que me ayuden con eso.”*

Y lo confirma el PAC 3 *“yo me siento triste, necesito aprender muchas cosas, pero por ahora no se puede por la pandemia y como todo es virtual ya no escucho bien las clases.”*

Discapacidad Física

Déficit en la participación e inclusión efectiva ante la sociedad se sienten rechazados. Para el PAC 1 *“soy profesora en la modalidad virtual no soy buena porque tengo problemas en mis manos, pero la directora no me cree y me pide que permanezca sentada las 8 horas frente al computador con una cámara para supervisarme, tengo miedo de denunciar y quedarme sin trabajo soy una carga me quiero morir.”*

Para el PAC 4 *“no me gusta las reuniones, uso pañal todo el tiempo y de gana es hacerles pasar vergüenza a mis familiares, mejor que ellos salgan y traten de distraerse.”*

El PAC 10 *“salgo con mi familia a veces cuando hay como, si me gustan las reuniones, me gusta bailar, pero tengo miedo por mi enfermedad que me haga daño.”*

Discapacidad Visual

Pero la principal barrera es la actitud de la sociedad para evitar la discriminación así lo indica:

PAC 5 *“antes de la pandemia estaba estudiando, pero todo cambio ahora son las clases virtuales y ya no puedo, siento que no puedo superarme, pero ahora, la gente no se compadece, el sistema de educación nunca me ayudó, eso me deprime la sociedad como nos trata y nadie hace nada.”*

Las actitudes negativas y las opiniones constituyen obstáculos que enfrentan para el PAC 11 *“tengo una hija y me da vergüenza cuando voy a reuniones de la escuela porque sus compañeras la interrogan todo el tiempo que me paso porque no puedo ver.”*

Discapacidad Psicosocial

Se sienten en desigualdad de oportunidades, para ellos no existe inclusión social para las personas con discapacidad, lo confirma:

PAC 6 *“cuando él duerme me pongo a llorar si yo me muero que va hacer de mi hijo nadie viene a visitarnos cuando tenemos plata vamos al centro de salud, cuando mi hijo tiene crisis los vecinos tienen miedo le ruego que usted nos ayude, que me den una casita para vivir”*
El paciente PAC 7 *“nadie me ayuda todos me tienen miedo cuando me da crisis, por eso no me gusta participar en nada”*

Discapacidad Intelectual

La aceptación por parte de la comunidad muchas veces representa para las personas con discapacidad un ambiente hostil para su desempeño los familiares indican:

PAC 8 *“no tenemos ganas de asistir a ningún evento. Si me da iras con todos porque nadie se pone en nuestro lugar nadie nos visita. Que me ayuden con las terapias para mi hijo, ya no voy a permitir que le traten a mi hijo de retrasado mental, si son del gobierno ya no queremos hablar corruptos.”*

Discapacidad Lenguaje

La participación e integración de las personas con discapacidad influyen en los procesos de recuperación así lo indica los familiares:

PAC 9 *“se siente deprimida no participa en actividades familiares, esta de mal genio”*

Discapacidad Múltiple

El acompañamiento al familiar debe ser permanente por el personal de salud, para solventar dudas en actividades que les permita a los familiares tener una correcta inclusión y participación como nos confirma el familiar:

PAC 12 *“me dicen que mi familiar se va a morir porque tiene muchas enfermedades y como no tengo dinero, pobrecita es mejor que se muera para que no sufra así me dicen los amigos y familiares.”*

Cuadro 5. Síntesis general de la entrevista dirigida a los pacientes con discapacidad

TIPOS DE DISCAPACIDAD	Categorías	COD1(RENI)	COD2(ACESO)	COD3(PEI)
	Auditiva	Los pacientes con discapacidad auditiva presentan limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, de la percepción de los sonidos externos, los pacientes cuentan con el apoyo familiar que favorece oportunidades; pero sin embargo presentan a veces conflictos económicos.	Los pacientes presentan barreras de comunicación para el acceso a los servicios de salud. Falta de personal entrenado para el manejo de los pacientes con discapacidad, especialmente en zonas rurales. Su comunicación es limitada por el leguaje en señas.	Estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento.
	Física	La discapacidad física se presenta con deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales temporales o permanentes que impide la movilidad y actividades de la vida diaria. Los problemas familiares aumentan constantemente por situaciones económicas, tensiones emocionales, inseguridades y frustraciones.	Existen diferentes tipos de discapacidad físicas, pero en múltiples ocasiones comparten situaciones similares como: problemas de movilidad, pérdida de sensibilidad, trastornos urinarios e intestinales, trastornos sexuales, dolor por espasmos musculares. Los pacientes experimentan barreras físicas que dificultan la movilización y que por su situación y motivos de pandemia no asisten a las citas médicas han sido derivadas hasta para tres meses. Limitación en la capacidad productiva.	Alteraciones en las necesidades básicas de la vida diaria, como mantener el equilibrio. Se sienten abandonados con prejuicios sobre su discapacidad, sus cuadros se deterioran y por tal motivo se excluyen de la sociedad.
	Visual	Presenta deficiencias limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irreuperables en el sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con el sentido visual, la información que obtienen es por vía auditiva y táctil básicamente. Presentan dificultades para identificar a su entorno familiar, un aprendizaje limitado, dificultades para detectar obstáculos y alto riesgo de caídas.	Sistema de salud que no se adaptan a su realidad, sistema Braille. La discapacidad visual en algunos pacientes aumenta y no reciben atención especializada. Citas prolongadas	Necesidad de autorrealización para alcanzar metas propuestas, se sienten con temor de no poder escalar y avanzar. Asisten a reuniones con limitaciones.
	Psicosocial	Presentan trastornos mentales por una alteración en el estado cognitivo, alteración en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Los pacientes muestran trastornos de ansiedad, depresiones,	Debilidades en los trabajadores de salud por la falta de competencias para abordar a los pacientes con discapacidad y son derivados a otras instituciones de salud.	Necesidad de afiliación y afecto no está presente el desarrollo afectivo de la familia, no participación en colectivos, necesidad de sentimientos de sentirse aceptados.

		trastornos de bipolaridad, alteraciones en el sueño. Los familiares indican temor por lo que les puede pasar.		Excluidos totalmente. Se sienten avergonzados de cómo les mira su entorno
	Intelectual	La discapacidad intelectual es un funcionamiento situado por debajo del promedio y causa limitaciones para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria (habilidades adaptativas). Los pacientes requieren ayuda permanente. Los familiares ya no pueden sustentar las necesidades, carecen de recurso y no tienen ayuda por parte de las autoridades	Déficit en la atención, de salud tiempos prolongados, poco acceso a terapias de rehabilitación, consultas de seguimiento desatendidas. Escasa inclusión a nivel educativo por falta de conocimiento de la sociedad.	Familiares con dificultad para tomar actitud resiliente para afrontar adversidades. Familiares con temor, angustia y confusión. Rechazo a la sociedad
	Lenguaje	Son deficiencias y limitaciones del lenguaje, expresión verbal. Presentan dificultades en la comunicación e interrelación con el entorno. Está asociada a la discapacidad intelectual. La familia presenta inconvenientes en la información para el manejo de sus familiares.	Insuficiente capacitación a los familiares para que participen en terapias de rehabilitación para mejorar el proceso de inclusión social de sus miembros. Personal con poco entrenamiento para superar barreras lingüísticas.	Aceptación con la sociedad. Limitantes en la comunicación Se sienten deprimidos no participa en actividades familiares. Presentan cambios en el carácter.
	Múltiple	Presentan dos o más discapacidades: auditiva, visual, física, lenguaje, intelectual que generan complicaciones en el manejo. Los familiares desconocen el manejo de los pacientes y además no cuenta con recurso, los cuadros se complican.	Necesidad de acompañamiento responsable a cargo del equipo de rehabilitación. Familiares que carecen de conocimiento para el manejo oportuno de sus miembros y que les permita pasar del pensamiento – conocimiento al reconocimiento de sus derechos y deberes.	Dificultades por desconocimiento por parte de familiares. Acompañamiento familiar para solventar dudas sobre accesibilidad, asequibilidad, disponibilidad y calidad frente a la sociedad.

En el cuadro 5, se presentan una síntesis general de la entrevista a los pacientes con discapacidad; se encuentran codificados en tres categorías que determinan la percepción de los pacientes y sus familiares; organizadas por tipo de discapacidad y de acuerdo con las categorías establecidas para el análisis cualitativo. Se determina que la influencia del comportamiento de la familia incide de manera positiva o negativa en el pensamiento, la actitud y aptitud del paciente, muchas veces depende del aspecto económico este apoyo familiar. La accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva en las personas con discapacidad casi es nula; pocas son las personas con accesos a servicios principalmente de salud pública, otros consideran la falta de recursos económicos para acceder a una atención privada. Sienten discriminación y sienten que sus derechos se ven vulnerados. El estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento de las personas con discapacidad se deteriora más aún cuando no son tratados con respeto, empatía y consideración, principalmente al ser atendidos por su salud, en sus lugares de trabajo en aquellos pueden realizar una actividad económica.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

Los datos encontrados en las encuestas muestran la prevalencia de enfermedades crónicas que se confirma con la prueba de Chi cuadro que la hipertensión es una enfermedad que se presenta en los diferentes tipos de discapacidad ocasionando complicaciones en sus cuadros clínicos. De acuerdo a los datos de la OPS cada año mueren en el mundo 15 millones de personas en edades entre 30 y 69 años, lo constituye el 85% de la población en países de bajos ingresos, pero se identifica que existe otras condiciones que ponen en riesgo a esta población como son los trastornos de salud mental en algunos casos asociados a los problemas que presentan. Un factor importante para evitar la complicación de sus cuadros clínicos es establecer programas de prevención y detección, al igual que un entrenamiento al personal de salud en el manejo de la discapacidad (Aguilera, Rojas, Escandón, Flores, & Arízaga, 2015).

México cuenta con un diagnóstico situacional sobre la situación de las personas con discapacidad que parte de un árbol de problemas donde se determina las barreras físicas, sociales y económicas que los excluye de participar en la sociedad, sin embargo, hace falta el análisis de su estado emocional que garantice sus derechos. El diagnóstico situacional de Cartagena determina básicamente aspectos sociodemográficos dejando de lado la valoración integral. Por lo expuesto es necesario realizar investigaciones en torno a las necesidades y a la percepción de las personas con discapacidad.

Para Giaconi, Pedrero, & San Martín (2017); en su investigación indica la importancia de establecer un modelo biopsicosocial que se oriente a una valoración integral desde una perspectiva médico y social que aborde la interacción entre la condición de salud y las características del contexto social, lo que se confirma en la parte cualitativa de nuestra investigación la necesidad abordar la percepción de los pacientes, familia y cuidadores para garantizar condiciones adecuadas.

En relación a la atención de salud los pacientes, familiares y cuidadores mencionan que la atención en algunos casos carece de una atención adecuada que implica la tendencia a tratar al enfermo como un objeto o en su caso un número, es decir no se considera a los pacientes como personas. Como lo señala el Informe Mundial para la Discapacidad (OMS, 2011) las personas con discapacidad son más vulnerables a las deficiencias en los servicios de salud tales como, la rehabilitación, apoyo, asistencia, y que en la actualidad todavía se evidencia problemas relacionados a la calidad de los servicios de salud por falta de coordinación entre servicios, insuficiente dotación de personal, competencias y capacitación inadecuada del personal, y que en algunos casos los pacientes con discapacidad requieran de una atención especializada. Por lo expuesto, la atención de salud para los pacientes con discapacidad debe ser específico y frecuente por el mayor riesgo de presentar prevalencia de enfermedades y comorbilidades.

4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Prueba Chi cuadrado de independencia entre la discapacidad y las enfermedades (prevalencia)

Para determinar si existe relación de asociación o dependencia entre el cuadro clínico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad, identificando la prevalencia, la hipertensión, se realiza la prueba Chi cuadrado de independencia.

Se presenta la tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta, cada casilla tiene la representación O_{ij} , donde i representa la posición de la fila y j la de la columna.

Cuadro 6. Prueba Chi cuadrado de independencia entre la discapacidad y las enfermedades (prevalencia)

Discapacidad	Enfermedad							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	
Física	13	18	34	7	11	10	9	102
Psicosocial	4	1	0	0	0	2	0	7
Intelectual	16	2	5	0	0	3	1	27
Auditiva	6	9	6	0	0	4	1	26
Lenguaje	3	1	2	0	0	0	0	6
Psicológica	1	1	0	0	0	0	0	2
Visual	1	5	2	3	8	5	1	25
Totales	44	37	49	10	19	24	12	195

Se plantean las hipótesis estadísticas para la prueba, la hipótesis nula representa la independencia, mientras que la hipótesis alternativa la dependencia entre variables:

H_0 : El cuadro clínico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad, son variables independientes, por ello no se relacionan.

H_1 : El cuadro clínico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad, teniendo como prevalencia la hipertensión, son variables dependientes, es decir se relacionan.

Para obtener el punto crítico $X_{\alpha, (f-1)(c-1)}^2$

Donde:

f : número de filas

c : número de columnas

α : nivel de significancia

Se utiliza una confianza del 95%, por ello la significancia es:

$$\alpha = 1 - 0.95 = 0.05$$

De esta manera, el punto crítico resulta: $X_{0.05, 36}^2 = 50.99$

Cuadro 7. Tabla de contingencia con valores esperados.

Enfermedades								
Discapacidad	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	Subtotal
Física	23,02	19,35	25,63	5,23	9,94	12,55	6,28	102,00
Psicosocial	1,58	1,33	1,76	0,36	0,68	0,86	0,43	7,00
Intelectual	6,09	5,12	6,78	1,38	2,63	3,32	1,66	27,00
Auditiva	5,87	4,93	6,53	1,33	2,53	3,20	1,60	26,00
Lenguaje	1,35	1,14	1,51	0,31	0,58	0,74	0,37	6,00
Psicológica	0,45	0,38	0,50	0,10	0,19	0,25	0,12	2,00
Visual	5,64	4,74	6,28	1,28	2,44	3,08	1,54	25,00
Totales	44,00	37,00	49,00	10,00	19,00	24,00	12,00	195,00

Cuadro 8. Hallazgo del estadístico de prueba.

Enfermedades								
Discapacidad	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	Subtotal
Física	4,36	0,09	2,73	0,60	0,11	0,52	1,18	9,60
Psicosocial	3,71	0,08	1,76	0,36	0,68	1,50	0,43	8,53
Intelectual	16,11	1,90	0,47	1,38	2,63	0,03	0,26	22,80
Auditiva	0,00	3,35	0,04	1,33	2,53	0,20	0,23	7,69
Lenguaje	2,00	0,02	0,16	0,31	0,58	0,74	0,37	4,18
Psicológica	0,67	1,01	0,50	0,10	0,19	0,25	0,12	2,85
Visual	3,82	0,01	2,92	2,30	12,71	1,20	0,19	23,15
Totales	30,67	6,48	8,59	6,39	19,45	4,44	2,78	78,79

Entonces, el estadístico de prueba es:

$$X_0^2 = 78.79$$

Por lo tanto, se procede a comparar el estadístico de prueba con el punto crítico, si $X_0^2 > X_{0.05,12}^2$, entonces la hipótesis nula se rechaza, de lo contrario se acepta, en este caso:

$$X_0^2 = 78.79 > X_{0.05,36}^2 = 50.99$$

Conclusión: Es verdadero, por lo que la hipótesis nula se rechaza y la alternativa se acepta, es decir que el cuadro clínico, tiene como prevalencia la hipertensión, con las enfermedades que padecen las personas con discapacidad, son variables dependientes, en efecto se relacionan

entre sí por lo tanto se verifican las hipótesis: “El cuadro clínico de mayor prevalencia en las personas con discapacidad es la hipertensión” y “La hipertensión es el cuadro clínico de mayor prevalencia de las personas con discapacidad.”

Prueba Chi cuadrado de independencia entre el diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad.

Para determinar si existe relación de asociación o dependencia entre el diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad encuestadas se realiza la prueba Chi cuadrado de independencia.

Cuadro 9. Tabla de contingencia y verificación de hipótesis.

Discapacidad	Estado emocional			Subtotal
	Positivo	Neutro	Negativo	
Intelectual	0	0	2	2
Física	1	2	9	12
Visual	2	0	4	6
Auditiva	0	0	1	1
Totales	3	2	16	21

Nota: cada casilla tiene la representación O_{ij} , donde i representa la posición de la fila y j la de la columna

Se plantean las hipótesis estadísticas para la prueba, la hipótesis nula representa la independencia, mientras que la hipótesis alternativa la dependencia entre variables:

H_0 : El diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad son variables independientes, por ello no se relacionan.

H_1 : El diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad son variables dependientes, es decir se relacionan.

Para obtener el punto crítico

$$X_{\alpha, (f-1)(c-1)}^2$$

Donde:

f : número de filas

c : número de columnas

α : nivel de significancia

Se utiliza una confianza del 95%, por ello la significancia es:

$$\alpha = 1 - 0.95 = 0.05$$

De esta manera, el punto crítico resulta:

$$X_{0.05,6}^2 = 12.59$$

Cuadro 10. Tabla de contingencia con valores esperados.

Discapacidad	Estado emocional			Subtotal
	Positivo	Neutro	Negativo	
Intelectual	0,29	0,19	1,52	2,00
Física	1,71	1,14	9,14	12,00
Visual	0,86	0,57	4,57	6,00
Auditiva	0,14	0,10	0,76	1,00
Totales	3,00	2,00	16,00	21,00

Cuadro 11. Hallazgo del estadístico de prueba.

Discapacidad	Estado emocional			Subtotal
	Positivo	Neutro	Negativo	
Intelectual	0,29	0,19	0,15	0,63
Física	0,30	0,64	0,00	0,94
Visual	1,52	0,57	0,07	2,17
Auditiva	0,14	0,10	0,07	0,31
Totales	2,25	1,50	0,30	4,05

Entonces, el estadístico de prueba es: $X_0^2 = 4.05$

Por lo tanto, se procede a comparar el estadístico de prueba con el punto crítico, si $X_0^2 > X_{0.05,18}^2$, entonces la hipótesis nula se rechaza, de lo contrario se acepta, en este caso:

$$X_0^2 = 4.05 > X_{0.05,6}^2 = 12.59$$

Conclusión: Es falso, por lo que la hipótesis nula se acepta, es decir el diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad son variables independientes, por ello no se relacionan y por tanto se rechaza la hipótesis planteada “Existe correlación entre el diagnóstico situacional y el factor emocional en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad.”

Prueba Chi cuadrado de independencia entre el grado de discapacidad y las enfermedades.

Para determinar si existe relación de asociación o dependencia entre el grado de discapacidad y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad encuestadas se realiza la prueba Chi cuadrado de independencia.

Se presenta la tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta, cada casilla tiene la representación O_{ij} , donde i representa la posición de la fila y j la de la columna.

Cuadro 12. Tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta

Grado de discapacidad	Enfermedad							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cerebrovascular	Diabetes	Cáncer	
25 – 49% (moderada)	5	5	8	2	3	6	2	31
50 – 74% (grave)	6	15	18	4	2	6	4	55
75 – 95% (muy grave)	15	6	20	3	6	3	3	56
96 - 100% (completa)	6	1	3	1	0	1	0	12
Totales	32	27	49	10	11	16	9	154

Se plantean las hipótesis estadísticas para la prueba, la hipótesis nula representa la independencia, mientras que la hipótesis alternativa la dependencia entre variables:

H_0 : El grado de discapacidad y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad son variables independientes, por ello no se relacionan.

H_1 : El grado de discapacidad y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad son variables dependientes, es decir se relacionan.

Para obtener el punto crítico

$$X_{\alpha, (f-1)(c-1)}^2$$

Donde:

f : número de filas

c : número de columnas

α : nivel de significancia

Se utiliza una confianza del 95%, por ello la significancia es:

$$\alpha = 1 - 0.95 = 0.05$$

De esta manera, el punto crítico resulta:

$$X_{0.05, 18}^2 = 28.87$$

Cuadro 13. Tabla de contingencia con valores esperados.

Grado de discapacidad	Enfermedades							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cerebrovascular	Diabetes	Cáncer	
25 – 49% (moderada)	6,44	5,44	9,86	2,01	2,21	3,22	1,81	31,00
50 – 74% (grave)	11,43	9,64	17,50	3,57	3,93	5,71	3,21	55,00
75 – 95% (muy grave)	11,64	9,82	17,82	3,64	4,00	5,82	3,27	56,00
96 - 100% (completa)	2,49	2,10	3,82	0,78	0,86	1,25	0,70	12,00
Totales	32,00	27,00	49,00	10,00	11,00	16,00	9,00	154,00

Cuadro 14. Hallazgo del estadístico de prueba.

Grado de discapacidad	Enfermedades							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Enfermedad cerebrovascular	Diabetes	Cáncer	
25 – 49% (moderada)	0,32	0,03	0,35	0,00	0,28	2,40	0,02	3,41
50 – 74% (grave)	2,58	2,98	0,01	0,05	0,95	0,01	0,19	6,77
75 – 95% (muy grave)	0,97	1,48	0,27	0,11	1,00	1,37	0,02	5,22
96 - 100% (completa)	4,93	0,58	0,18	0,06	0,86	0,05	0,70	7,36
Totales	8,80	5,08	0,81	0,23	3,08	3,83	0,94	22,76

Entonces, el estadístico de prueba es:

$$X_0^2 = 22.76$$

Por lo tanto, se procede a comparar el estadístico de prueba con el punto crítico, si $X_0^2 > X_{0,05,18}^2$, entonces la hipótesis nula se rechaza, de lo contrario se acepta, en este caso:

$$X_0^2 = 22.76 > X_{0,05,18}^2 = 28.87$$

Conclusión: Es falso, por lo que la hipótesis nula se acepta, es decir que el grado de discapacidad y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad no se relacionan, por lo tanto, son variables independientes.

Prueba Chi cuadrado de independencia entre el nivel económico y las enfermedades

Para determinar si existe relación de asociación o dependencia entre el nivel económico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad se realiza la prueba Chi cuadrado de independencia.

Se presenta la tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta, cada casilla tiene la representación O_{ij} , donde i representa la posición de la fila y j la de la columna.

Cuadro 15. Tabla de contingencia con valores obtenidos de la encuesta

Nivel económico	Enfermedades						Subtotal	
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Diabetes	Cáncer		Enfermedad cerebrovascular
Bajo	19	15	22	6	9	3	4	78
Medio	12	12	27	4	7	6	7	75
Alto	1	0	0	0	0	0	0	1
Totales	32	27	49	10	16	9	11	154

Se plantean las hipótesis estadísticas para la prueba, la hipótesis nula representa la independencia, mientras que la hipótesis alternativa la dependencia ente variables:

H_0 : El nivel económico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad son variables independientes, por ello no se relacionan.

H_1 : El nivel económico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad son variables dependientes, es decir se relacionan.

Para obtener el punto crítico

$$X_{\alpha, (f-1)(c-1)}^2$$

Dónde:

f : Número de filas

c : Número de columnas

α : Nivel de significancia

Se utiliza una confianza del 95%, por ello la significancia es:

$$\alpha = 1 - 0.95 = 0.05$$

De esta manera, el punto crítico resulta:

$$X_{0,05,12}^2 = 21.03$$

Se presenta la tabla de contingencia con valores esperados, para lo cual en cada casilla se asigna un valor de acuerdo con:

$$E_{ij} = \frac{u_i v_j}{n}$$

Dónde:

E_{ij} : Representan la frecuencia esperada para la posición i del nivel económico y el nivel j en las enfermedades que padecen los encuestados.

u_i : Valor total de la fila i .

v_j : Valor total de la columna j .

n : Nivel de significancia.

Cuadro 16. Tabla de contingencia con valores esperados

Nivel económico	Enfermedades							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Diabetes	Cáncer	Enfermedad cerebrovascular	
Bajo	16,21	13,68	24,82	5,06	8,10	4,56	5,57	78,00
Medio	15,58	13,15	23,86	4,87	7,79	4,38	5,36	75,00
Alto	0,21	0,18	0,32	0,06	0,10	0,06	0,07	1,00
Totales	32,00	27,00	49,00	10,00	16,00	9,00	11,00	154,00

Para determinar el estadístico de prueba se realiza la siguiente operación:

$$X_0^2 = \sum_{i=1}^3 \sum_{j=1}^7 \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

De esta manera, se plantea el siguiente cuadro en el que cada casilla corresponde la operación propuesta.

Cuadro 17. Operación propuesta

Nivel económico	Enfermedades							Subtotal
	Deterioro mental	Hipertensión arterial	Depresión	Insuficiencia renal	Diabetes	Cáncer	Enfermedad cerebrovascular	
Bajo	0,48	0,13	0,32	0,17	0,10	0,53	0,44	2,18
Medio	0,82	0,10	0,41	0,16	0,08	0,60	0,50	2,67
Alto	3,02	0,18	0,32	0,06	0,10	0,06	0,07	3,81
Totales	4,33	0,40	1,05	0,39	0,28	1,19	1,02	8,66

Entonces, el estadístico de prueba es:

$$X_0^2 = 8.66$$

Por lo tanto, se procede a comparar el estadístico de prueba con el punto crítico, si $X_0^2 > X_{0.05,12}^2$, entonces la hipótesis nula se rechaza, de lo contrario se acepta, en este caso:

$$X_0^2 = 8.66 > X_{0.05,12}^2 = 21.03$$

Conclusión: Es falso, por lo que la hipótesis nula se acepta, lo cual quiere decir que el nivel económico y las enfermedades que padecen las personas con discapacidad encuestadas, son variables independientes, por ello no se relacionan. En otras palabras, el nivel económico no determina la enfermedad que padece las personas con discapacidad encuestadas.

Conclusión final: Por lo expuesto anteriormente, se prueba que la situación en la que se encuentra el paciente con discapacidad permite establecer una relación entre el cuadro clínico y las verdaderas necesidades del individuo.

4.4. CONCLUSIONES

La discapacidad crea graves problemas para la salud pública, a esto se asocia el apareamiento de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, la hiperlipidemia, sobrepeso, la obesidad y los problemas mentales que tienen efectos devastadores para las personas, familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres que tienen mayor riesgo de adquirir estas enfermedades, creando una necesidad de tratamiento a largo plazo y complicación en sus cuadros clínicos.

Las personas con discapacidad son muy vulnerables a presentar problemas en su vida cotidiana por la relación que existe entre las condiciones de salud con la discapacidad; en algunos casos se presentan enfermedades infecciosas, lesiones, problemas crónicos y condiciones económicas que generan con frecuencia una interacción, lo que dificulta la gestión de los servicios de atención de salud y rehabilitación; por lo tanto, es oportuno elaborar un diagnóstico situacional que permita analizar y correlacionar información relevante sobre el tema laboral, social y económico en el que se desenvuelven y asegurarles su plena inclusión y participación en la sociedad. Por lo tanto, el aspecto de discapacidad se determina como el factor primario asociado a una condición de salud que con frecuencia podría estar relacionado con varias condiciones coexistentes.

La elaboración o actualización de instrumentos con la participación activa de los actores sociales nos permitirá generar espacios de detección de necesidades con el fin de eliminar brechas y perjuicios existentes en la actualidad. Obtener información más de cerca de la realidad mejorará las condiciones de vida de las personas con discapacidad y trabajar en medidas de prevención y así reducir la prevalencia de las enfermedades y sus complicaciones. Existen cuadros clínicos que pueden ser atendidos oportunamente una vez que se haya trabajado en un diagnóstico situacional.

Las personas con discapacidad a menudo tienen menos alternativas de autorrealizarse que las personas que no tienen discapacidades, pero esto se debe a que las sociedades todavía tienen una accesibilidad limitada para estas personas, lo que influye directamente en el desarrollo emocional y psicosocial, más que por su propia condición de discapacidad. La depresión y otros problemas emocionales son el producto de un entorno social con barreras.

4.5. RECOMENDACIONES

Es necesario incluir en la enseñanza del personal sanitario competencias efectivas para abordar las necesidades de los pacientes con discapacidad y el fortalecer su conocimiento en la prevención y el control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, que garanticen una atención integral con calidad y calidez y que contribuya a combatir la discriminación y eliminar las barreras que obstaculizan la inclusión social de las personas con discapacidad y su pleno ejercicio del derecho a la salud.

El personal sanitario debe trabajar en estrategias relacionadas con la familia y la comunidad sobre el reconocimiento y aceptación de las personas con discapacidad que eviten episodios de estrés y depresión en el núcleo familiar con la finalidad de brindarles herramientas para poder resolver situaciones problemáticas y permitir su desarrollo como ciudadanos activos en una sociedad.

Un diagnóstico situacional para las personas con discapacidad nos va a permitir obtener información sobre los problemas relacionados que enfrentan los pacientes e intervenir en un sistema de vigilancia como un componente clave y aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad, a través de acciones que conlleven a: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, restauración de la salud y rehabilitación sin duda será un gran aporte para la salud pública del Ecuador.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1. TEMA

Diseñar un diagnóstico situacional de las personas con discapacidad que acuden al que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020.

5.2. FUNDAMENTACIÓN

Las personas con discapacidad pueden enfrentar múltiples barreras en dimensiones físicas o socioeconómicas debido a su situación de vulnerabilidad, las cuales obstaculizan directa o indirectamente su valoración integral y su inserción social constituyendo así un problema de salud pública. Por consiguiente, es necesario trabajar en atención primaria como clave principal para mejorar las condiciones de vida de este grupo prioritario. Para la OPS es un principio fundamental contar con información estratégica de salud sobre la identificación de problemas, necesidades, desigualdades y prioridades, pero sobre todo que impulse el monitoreo de acciones y políticas para medirlas. Actualmente el Ecuador cuenta con una herramienta para el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) contemplado en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS_FCI), elaborado en el 2014 donde hace referencia a la identificación de necesidades y problemas a través de la construcción de un plan local de salud (PLS). (Ministerio de Salud Pública, 2014; 2016)

Sin embargo, a pesar del trabajo realizado por las autoridades existen grupos vulnerables con situaciones diferentes en este grupo poblacional que requieren una atención específica y prioritaria con estrategias afirmativas y acciones que visibilicen los problemas propios de cada tipo de discapacidad a fin de situarles en un ámbito de igualdad y equidad.

De acuerdo al Manual de Calificación de Discapacidad elaborado en el 2018 se idéntica la necesidad de realizar una valoración integral enfocada a un modelo biopsicosocial e integral que garantice una vida digna; al analizar estos documentos se puede observar una brecha

significativa entre el enfoque cuantitativo y el cualitativo donde se evidencia el mayor problema que enfrentan las personas con discapacidad y estas situaciones vitales originan exclusión social y en definitiva complicación en sus cuadros clínicos.

5.3. JUSTIFICACIÓN

Para la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) las dificultades que enfrentan una persona con discapacidad desaparecen cuando se eliminan las brechas que se encuentran en el entorno social. Un diagnóstico situacional específico permitirá reducir el incremento de discapacidad y asegurar su plena inclusión y participación en la sociedad (2016, pág. 5).

El presente diagnóstico tiene la finalidad de recoger información actualizada exclusiva de este grupo poblacional en referencia a su ambiente laboral, social y económico donde se desenvuelven, así como las enfermedades que se desarrollan durante su discapacidad y que ocasionan más dificultades, de igual manera que si su condición de vida interfiere con la evolución de la enfermedad. El gran aporte que dará esta investigación, es la elaboración de un diagnóstico situacional que facilitara la implementación de políticas públicas que fomenten el acceso equitativo e igualitario y al mismo tiempo mejorar la cobertura de atención, disminuir gastos y conflictos familiares. Por otro lado, hacer un seguimiento a los principales efectos de la problemática encontrada como son: insuficiente desarrollo económico que se traduce en limitar las capacidades productivas, bajo desarrollo humano para una vida independiente, hecho que promueve la dependencia hacia los núcleos familiares y elevados episodios de discriminación que fomentan el bajo empoderamiento de las pacientes con discapacidad.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo general de la propuesta

Elaborar un diagnóstico situacional específico para las personas con discapacidad que acuden al punto calificador 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020.

5.4.2. Objetivos específicos de la propuesta

- Implementar las fases para la elaboración del diagnóstico situacional específico para las personas con discapacidad.
- Realizar talleres de socialización del diagnóstico situacional y validación con el equipo calificador del centro de salud de Capelo.
- Proporcionar una información actualizada para la implementación de estrategias y acciones y lograr una vida digna con igual acceso de oportunidades.

5.5. UBICACIÓN

Lugar: Distrito 17D11 punto calificador Centro de Salud Capelo

Fecha: El proyecto se ejecutará desde el mes de marzo hasta julio del 2021.

5.6. FACTIBILIDAD

El proyecto es factible se cuenta con la autorización del Director del distrito 17D11 de salud, quien facilitará los espacios físicos y tiempos para la implementación, acompañamiento y seguimiento del diagnóstico situacional para las personas con discapacidad.

La propuesta tiene un aporte significativo para la identificación de necesidades y tomar medidas correctivas en el manejo de este grupo vulnerable.

5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1. Actividades

- **Primera fase:** Recolección de información
- **Segunda fase:** Selección de pacientes por patología
- **Tercera fase:** Priorización de los problemas encontrados
 - a. Elaboración del Plan Local de Salud
- **Cuarta fase:** Implementación, acompañamiento y seguimiento
- **Quinta fase:** Actualización de información en base al consolidado de citas

5.7.2. Recursos, análisis financiero

Recursos Humanos

- Maestrante de Salud Pública
- Personal de salud (Equipo Calificador)
- Personas con discapacidad y/o familiares

Recursos Materiales

- Hojas
- Impresiones
- Esferos
- Uso de internet
- Computadora

Cuadro 18. Análisis financiero

Talento Humano		
Profesionales	Descripción	Valor Total
Maestrante de Salud Pública	Pasajes	500
Materiales		
Hojas	2 resma de hojas	3.00
Impresiones	Blanco/negro y a color	500
Esferos	2 esferos	1.00
Uso de internet	1 mes	30.00
Computadora	1 laptop	1.500.00
Total		\$2534

5.7.3. Impacto

La propuesta del presente trabajo es realizar un diagnóstico situacional específico para las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 del Centro de Salud de Capelo que será de utilidad para el personal de salud que brinda atención con la finalidad de evitar y eliminar las barreras y propiciar una mayor inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad.

Cuadro 19. Cronograma

Actividad	Responsable	Inicio	Actividad
Primera Fase Recolección de información	Responsables Maestrante de Salud Publica	Marzo 2021	Primera Fase Recolección de información
Segunda Fase Producción del Diagnóstico Situacional Desarrollo de bloques temáticos del Diagnóstico Situacional	Responsables Maestrante de Salud Publica	Febrero 2021	Segunda Fase Producción del Diagnóstico Situacional Desarrollo de bloques temáticos del Diagnóstico Situacional
Tercera Fase Socialización del Diagnóstico Situacional Priorización del problema Elaboración	Responsables Maestrante de Salud Publica	Abril 2021	Tercera Fase Socialización del Diagnóstico Situacional Priorización del problema Elaboración
Cuarta Fase Implementación, acompañamiento y seguimiento	Responsables Maestrante de Salud Publica	Junio 2021	Cuarta Fase Implementación, acompañamiento y seguimiento
Quinta Fase Actualización de información en base al consolidado de citas	Responsables Maestrante de Salud Publica	Julio 2021	Quinta Fase Actualización de información en base al consolidado de citas

5.7.5. Lineamientos para evaluar la propuesta

El punto calificador del distrito 17D11 Centro de salud Capelo designará a una persona que haga informes sobre avances del proyecto, revisará el cumplimiento de la programación establecida y apoyará en la búsqueda de soluciones frente a las dificultades que se presenten.

Al finalizar se presentará un informe final en el que se incorporen todas las actividades realizadas, los instrumentos utilizados, la incorporación de nuevas propuestas metodológicas de haberlas, y una evaluación que dé cuenta de los avances del proceso y de los pendientes.

Además, el punto calificador podrá aplicar un estudio de caso a partir del diagnóstico situacional específico para las personas con discapacidad, que permitirá profundizar en la realidad social a través de la descripción y el análisis detallado de la información proporcionada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, X., Guillén, F., Calle, P., Enderica, G., & Idrovo, L. (2015). Estudio de factor de riesgo sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles e Índice de Masa Corporal en un centro de Salud rural del Azuay-Ecuador. *Revista médica HJCA*, 7(1), 32-34.
- Araujo et al. (2019). Diagnóstico situacional de salud en el Área Metropolitana de Guadalajara, 2018: estudio multicéntrico colaborativo. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 7-19.
- Asamblea Nacional. (25 de Sep de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Recuperado el 04 de Jul de 2020, de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Asociaciones federadas a Helix C.V. (Jul de 2017). *Libro blanco sobre la discapacidad auditiva: Ámbitos de actuación, recursos, ayudas y protocolos*. Recuperado el 30 de Mar de 2020, de <http://www.helixcv.com/wp-content/uploads/2017/07/LIBRO-BLANCO-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA-%C3%81mbitos-de-actuaci%C3%B3n.pdf>
- Castro, V. (2020). Validación del instrumento para diagnóstico situacional y la correlación con los cuadros clínicos de las personas con discapacidad. *Revista de Ciencias de la Salud - Más Vita*, 101-110.
- Castro, V. (2020). Validación del instrumento para diagnóstico situacional y la correlación con los cuadros clínicos de las personas con discapacidad. *Revista de Ciencias de la Salud - Más Vita*, 2(1), 101-110.
- Centro del control y la prevención de enfermedades. (16 de Sep de 2020). *Las discapacidades y la salud*. Recuperado el 06 de Oct de 2020, de <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/disabilityandhealth/index.html>
- CONADIS. (01 de 12 de 2020). *Estadísticas de Discapacidad*. Recuperado el 18 de 12 de 2020, de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Confederación Plena inclusión España. (2017). *Qué es discapacidad intelectual*. Obtenido de <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/que-es-discapacidad-intelectual#:~:text=La%20discapacidad%20intelectual%20generalmente%20es,no%20es%20una%20enfermedad%20mental>.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2017-2021). *Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/agenda-nacional-para-la-igualdad-de-discapacidades-2017-2021/>

- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2020). *Estadísticas de Discapacidad*. Recuperado el 18 de Dic de 2020, de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- DISCAPNET. (2020). *Portal de las personas con discapacidad*. Recuperado el 2020, de Enfermedades: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enfermedades#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20la%20definici%C3%B3n,definici%C3%B3n%20de%20enfermedad%20poco%20comprensible>.
- EL COMERCIO. (19 de Ago de 2014). *La discapacidad física es la que más prevalece en el país*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/tendencias/discapacidad-fisica-prevalece-pais-ecuador.html>
- Fajardo-Gutiérrez, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia*, 64(1), 109-120.
- García, C., & Sarabia, A. (25 de 11 de 2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Recuperado el 15 de 10 de 2020, de https://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
- García-Vásquez, E. (2015). La discriminación por discapacidad como tema emergente en el contexto de los movimientos sociales contemporáneos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 155-160.
- Giaconi, C., Pedrero, Z., & San Martín, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, 16(1), 55-67.
- Gil, I. (Nov de 2020). *Qué es la discapacidad. Concepto y evolución histórica*. Recuperado el 29 de Mar de 2021, de <https://fundaciondecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/#:~:text=El%20concepto%20de%20discapacidad%20ha,que%20generaba%20rechazo%20y%20aislamiento>.
- Herrero, S. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud* (Vol. 10).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (25 de Sep de 2020). *INEC socializa Censo 2020 con representantes de organizaciones de personas con discapacidad*. Recuperado el 16 de Oct de 2020, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/?s=DISCAPACIDAD>
- López, F. (2019). Validation of instruments as a guarantee of credibility in scientific research. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(2), 3. Recuperado el 30 de 30 de 2020, de <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/331>

- López, M. (03 de May de 2020). *Segunda Guerra Mundial: cómo los atroces experimentos de los nazis dieron lugar al nacimiento de la bioética*. Recuperado el 29 de Mar de 2021, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52501865>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (24 de Oct de 2020). *Servicios MIES para personas con Discapacidad*. Recuperado el 01 de Nov de 2020, de <https://www.inclusion.gob.ec/servicios-mies-para-personas-con-discapacidad/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (24 de 10 de 2020). *Servicios MIES para personas con Discapacidad*. Recuperado el 01 de 11 de 2020, de <https://www.inclusion.gob.ec/servicios-mies-para-personas-con-discapacidad/>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS)*. Quito: MSP-Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (14 de 12 de 2018). *Manual de la calificación de la discapacidad*. Quito: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Discapacidades. Recuperado el 01 de 12 de 2020
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). Recuperado el 07 de 12 de 2020, de La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Gaceta Médica Espirituana: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es
- Neves, P., & Álvarez, E. (2014). *Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina*. Recuperado el 01 de 09 de 2020, de [online]. 2014, vol.19, n.12, pp.4889-4898. ISSN 1413-8123.: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.17142013>
- Organización de discapacidades. (20 de Oct de 2008). *Constitución de la República - publicada en el Registro Oficial Nro. 449*. Recuperado el 01 de Sep de 2020, de <http://www.discapacidadesecuador.org/images/stories/File/Constituci%F3n%20del%20Ecuador.pdf>
- OMS. (2011). *Informe mundial de la discapacidad*. Recuperado el 01 de 09 de 2020, de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial de la discapacidad*. Recuperado el 01 de 09 de 2020, de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (01 de 12 de 2020). *Discapacidad y salud*. Recuperado el 13 de 12 de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Discapacidades*. Recuperado el 24 de Dic de 2020, de <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas*. América Ltina: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estadísticas en discapacidad: Una mirada desde los censos y encuestas*. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la Fuente: Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 2020, de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles> 2018. Enfermedades crónicas
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. ISBN: 978-92-75-32005-1. Recuperado el 09 de Nov de 2020, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5
- Organización Panamericana de la Salud. . (2011). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*. Washington D.C: PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares.
- Organization of American States. (1999-2006). *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Recuperado el 01 de Ago de 2020, de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>
- OXFORD. (2020). *Diccionario Oxford de inglés y español, Tesauro y Traductor de Español a inglés*. Recuperado el 26 de Nov de 2020, de https://www.lexico.com/es/definicion/cuadro_clinico
- Pan American Health Organization. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. Recuperado el 2020, de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS\)%%20a%20partir%20de%201994.](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS)%%20a%20partir%20de%201994.)
- Pita, S., Pértegas, S., & Valdés, F. (2004). *Medidas de frecuencia de enfermedad*. Recuperado el 30 de 11 de 2020, de Investigación: Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia

y prevalencia:
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf

Romero, H., Campoverde, E., Echeverría, K., & Romero, L. (2019). Validación de la Escala de riesgo de violencia contra la pareja para Ecuador. *Ammentu*, 1(15), 24-32.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013 - 2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado el 30 de 09 de 2020, de <https://www.planificacion.gob.ec/senplades-presento-el-plan-nacional-para-el-buen-vivir-2013-2017-a-las-funciones-del-estado/>

SEDESOL. (2016). *Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México*. México: EUM- Secretaría de Desarrollo Social.

Slavin, P., & García, L. (14-16 de Sep de 2017). *XXI Jornadas de Investigadores y Becarios en Ciencias Jurídicas y Sociales, Mar del Plata, 14 al 16 de septiembre de 2017*. ISBN 978-987-544-779-0. Recuperado el 29 de Mar de 2021, de <https://www.academica.org/jornadasinvestigadoresybecarios/3.pdf>

Téllez, S., & García, M. (2012). *Modelos de Cuidados en Enfermería. NANDA, NIC y NOC*. México: MC Graw Hill Interamericana Editores.

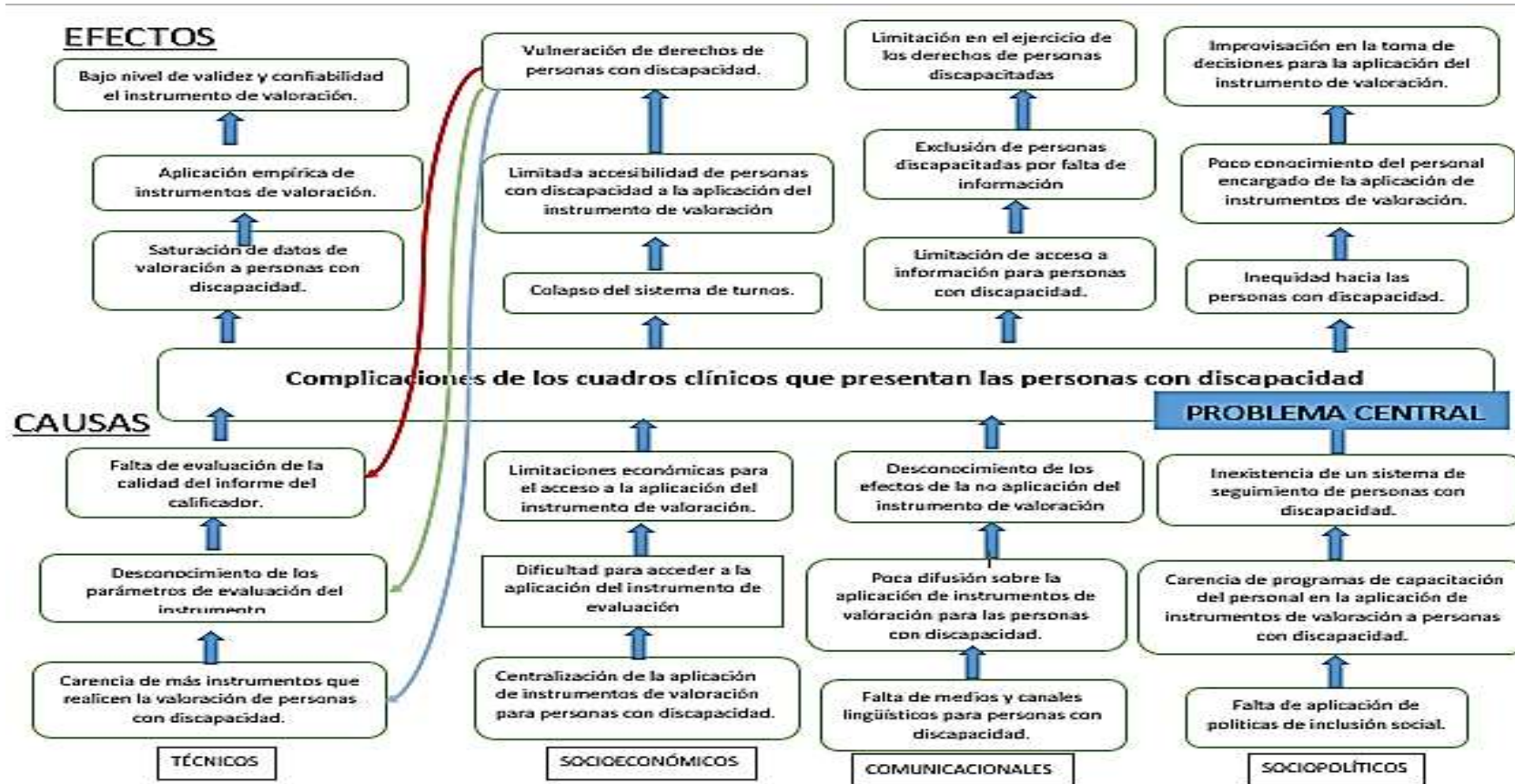
Vásquez, A. (2020). *La discapacidad en América Latina*. America Latina: PAHO.

Vásquez, A., & Cáceres, N. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud* (1 ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

World Health Organization. (01 de Dic de 2020). *Discapacidad y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#:~:text=M%C3%A1s%20de%20mil%20millones%20de,la%20prevalencia%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas>.

ANEXOS

ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO INSTITUTO DE POSGRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 3ERA COHORTE

Título: Análisis diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

PREGUNTAS DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS - ENCUESTAS
<p>P. General (Formulación del problema)</p> <p>¿Cómo se diagnostica el estado situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Analizar diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>El diagnóstico situacional de las personas con discapacidad tiene relación con los cuadros clínicos</p>	<p>Variable I</p> <p>Diagnóstico situacional</p>	<p>Aspectos personales</p> <p>(CONADIS 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sexo ● Edad (LOD 2012) 	<p>1.Edad</p> <p>19 a 24 años-----</p> <p>25 a 35 años-----</p> <p>36 a 64 años-----</p> <p>Más de 65 años----</p>
<p>(Sistematización del problema)</p> <p>P. específica 1</p> <p>¿Cuál es la incidencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad??</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la incidencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>La incidencia en los cuadros clínicos de las personas con discapacidad tiene relación con el diagnóstico situacional</p>		<p>Localización de la vivienda</p> <p>(CONADIS 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tipo de población ● Tipo de vivienda (LOD 2012) 	<p>2.Género</p> <p>Masculino-----</p> <p>Femenino-----</p> <p>LGBTI-----</p>
				<p>Origen de la discapacidad</p> <p>(CONADIS 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tipo de discapacidad (CONADIS 2012) ● Grado de discapacidad (LOD 2012) 	<p>3.Estado civil</p> <p>Soltero-a-----</p> <p>Casado-a-----</p> <p>Unión Libre----</p> <p>Viudo-a-----</p> <p>Divorciado-a----</p>
				<p>Salud</p> <p>(LOD 2012)</p> <p>Participación</p> <p>(LOD 2012)</p> <p>Trabajo</p> <p>(LOD 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad ● Inclusión (LOD 2012) 	<p>4.Usted con quien vive</p> <p>Solo-----</p> <p>Familiar-----</p> <p>Con cuidador-----</p> <p>5.Seleccione su lugar de residencia</p> <p>Zona urbana-----</p> <p>Zona rural-----</p> <p>6.Nivel económico</p>

<p>P. específica 2 ¿Cuál es la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad?</p> <p>P. específico 3 ¿Qué correlación existe entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad?</p>	<p>Identificar la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad</p> <p>Establecer la correlación entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad.</p>	<p>La prevalencia en los cuadros clínicos de las personas con discapacidad tiene relación con el diagnóstico situacional</p> <p>Existe correlación entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad</p>				<p>Bajo-----</p> <p>Medio-----</p> <p>Bajo-----</p> <p>8. Seleccione la causa de su discapacidad</p> <p>Congénita-----</p> <p>Enfermedad-----</p> <p>Accidente-----</p> <p>Vejez-----</p> <p>Otros-----</p> <p>9. Indique el grado de discapacidad</p> <p>30 – 49%-----</p> <p>50 – 74%-----</p> <p>75 – 84%-----</p> <p>85 - 100%-----</p> <p>10. Seleccione el tipo de discapacidad</p> <p>Auditiva-----</p> <p>Física-----</p> <p>Intelectual-----</p> <p>Psicológica-----</p> <p>Visual-----</p> <p>Cognitiva-----</p> <p>11. Seleccione las limitaciones que presenta en actividades de la vida diaria</p> <p>Alimentarse-----</p> <p>Vestirse-----</p> <p>Movilizarse-----</p> <p>Comunicación-----</p>
			Variable II	Problemas biológicos	• Datos estadísticos (INEC 2019)	7. Seleccione los problemas o

			Cuadros clínicos de las personas con discapacidad	<p>Problemas sociales</p> <hr/> <p>Problemas psicológicos</p>	<p>• Datos estadísticos (INEC 2019)</p> <hr/> <p>• Datos estadísticos (INEC 2019)</p>	<p>alteraciones que presenta por causa de su discapacidad</p> <p>Problemas cardiorrespiratorios--- Problemas del sistema nervioso----- Problemas auditivos- Problemas digestivos- Problemas urinarios-- Problemas degenerativos----- Problemas mentales-- Problemas de piel---</p> <p>¿Cómo calificaría el acceso a los servicios de salud para el proceso de agendamiento de citas? Eficiente----- Deficiente----- Muy deficiente-----</p> <p>13. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida por parte del personal calificado en los centros autorizados en relación al problema presentado? Eficiente----- Deficiente----- Muy deficiente-----</p> <p>14. ¿Cómo calificaría los equipos con que cuenta los</p>
--	--	--	---	---	---	--

						<p>centros autorizados para mejorar los problemas de discapacidad? Eficiente----- Deficiente----- Muy deficiente-----</p> <p>15. ¿Cómo calificaría la educación que recibió sobre las complicaciones que puede presentar por su discapacidad Muy satisfactorio----- - Satisfactorio----- Nada satisfactorio-----</p> <p>16. ¿Cómo calificaría el proceso de diagnóstico de su discapacidad de su discapacidad? Muy satisfactorio---- Satisfactorio----- Nada satisfactorio----</p> <p>17. ¿Cómo calificaría el acceso a los servicios de rehabilitación para su discapacidad? Muy satisfactorio---- Satisfactorio----- Nada satisfactorio----</p>
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 3. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL PROYECTO



Universidad Estatal de Milagro
 Dirección de Investigación y Postgrado
 Maestría en Salud Pública



Título del trabajo de investigación	Análisis diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital General Docente de Calderón en Quito-Pichincha, 2020.
Formulación del problema	¿Cuál es el diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad?
Objetivo General	Determinar el diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital General Docente de Calderón en Quito-Pichincha, 2020
Sistematización del problema	¿Cuál es la incidencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad?
Objetivos Específicos 1	Identificar la incidencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital General Docente de Calderón en Quito-Pichincha, 2020
	¿Cuál es la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad?
Objetivos Específicos 2	Identificar la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital General Docente de Calderón en Quito- Pichincha, 2020
	¿Cómo se correlaciona el diagnóstico situacional con las vivencias en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad?
Objetivos Específicos 3	Establecer la correlación entre el diagnóstico situacional con las vivencias en los diferentes cuadros clínicos de las personas con discapacidad.

Maestrante: Verónica Castro

Tercera Cohorte

Paralelo A

ANEXO 4. INSTRUMENTO CUANTITATIVO



Universidad Estatal de Milagro
Dirección de Investigación y Postgrado
Maestría en Salud Pública

Tema: Análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020.

Instrucciones: Esta encuesta está dirigida a pacientes con discapacidad que reciben atención en el punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020; y una pregunta dirigida al personal de salud que brinda atención.

Seleccione o marque con una X los siguientes datos

Datos proporcionados por:

Paciente Familiar

1. Indique el grado de discapacidad

30 – 49% (moderada)

50 – 74% (grave)

75 – 84% (muy grave)

85 - 100% (completa)

Características demográficas

2. Edad

19 a 24 años

25 a 35 años

36 a 64 años

Más de 65 años

3. Género

Masculino

Femenino

LGBTI

4. Estado civil

Soltero-a

Casado-a

Unión Libre

Viudo-a

Divorciado-a

5. Usted con quien vive

Solo

Familiar

Con cuidador

6. Seleccione su lugar de residencia

Zona urbana

Zona rural

7. Nivel económico

Bajo

Medio

Alto

8. Determine su tipo de discapacidad y la/las enfermedades que padece (puede seleccionar más de una)

Discapacidad	Enfermedad
Auditiva <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Física <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>
Visual <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>
Psicosocial <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>
Intelectual <input type="checkbox"/>	Deterioro mental <input type="checkbox"/>
Lenguaje <input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebro vascular <input type="checkbox"/>
Múltiple <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>

9. De acuerdo con su discapacidad física auditiva, intelectual, psicosocial, visual. Seleccione los problemas o alteraciones que presenta relacionados a causa de su discapacidad

Problemas o alteraciones	Problema presentado
Alteración de la glucosa	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>
Lesiones accidentales	<input type="checkbox"/>
Ulceras por presión	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso y obesidad	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>
Problemas orales	<input type="checkbox"/>
Violencia	<input type="checkbox"/>
Ansiedad y desconfianza	<input type="checkbox"/>
Problemas de concentración	<input type="checkbox"/>
Infecciones urinarios	<input type="checkbox"/>
Infecciones intestinales	<input type="checkbox"/>
Disfunción sexual	<input type="checkbox"/>

Trastornos de aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Trastornos de memoria	<input type="checkbox"/>
Trastornos del estado de animo	<input type="checkbox"/>
Trastornos de orientación espacio temporal	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

10. De acuerdo con la cantidad de pacientes con discapacidad que reciben atención en el Centro de Salud. ¿Cuáles son los problemas que presentan con mayor frecuencia?

Problemas o alteraciones	Problema presentado
Alteración de la glucosa	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>
Lesiones accidentales	<input type="checkbox"/>
Ulceras por presión	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso y obesidad	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>
Problemas orales	<input type="checkbox"/>
Violencia	<input type="checkbox"/>
Ansiedad y desconfianza	<input type="checkbox"/>
Problemas de concentración	<input type="checkbox"/>
Infecciones urinarios	<input type="checkbox"/>
Infecciones intestinales	<input type="checkbox"/>
Disfunción sexual	<input type="checkbox"/>
Trastornos de aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Trastornos de memoria	<input type="checkbox"/>
Trastornos del estado de animo	<input type="checkbox"/>
Trastornos de orientación espacio temporal	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5. INSTRUMENTO CUALITATIVO



Universidad Estatal de Milagro
Dirección de Investigación y Postgrado
Maestría en Salud Pública

ENTREVISTA - PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Tema: Análisis diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11 Centro de Salud de Capelo – Pichincha 2020.

CATEGORÍAS DE LOS ENTREVISTADOS	CÓDIGOS	CONCEPTO	PREGUNTAS			
	CATEGORÍA 1	Relación intrafamiliar COD1 (RENI)	Influencia del comportamiento de la familia en el pensamiento, la actitud y aptitud del paciente	¿Cómo participa su familia frente a su discapacidad?		
¿Cómo es la convivencia con sus familiares?						
¿Describa cómo le apoyan emocionalmente sus familiares?						
¿Cómo participa sus familiares en su cuidado personal ?						
Aceptación social COD2 (ACESO)		Accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva	¿Cómo influye su familia en el desarrollo psicosocial?			
			¿Cómo se siente frente a la accesibilidad que tiene a los diferentes servicios?			
			¿Cómo es la atención que usted recibe en los diferentes tipos de servicios?			
			¿Cómo participa usted en el medio productiva, ingresos económicos?			
Percepción individual COD3 (PEI)		Estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento.	¿Usted presenta problemas económicos por su discapacidad?			
			¿Cómo se siente cuando asiste a reuniones sociales?			
			¿Ha presentado momentos de enojos e ira por el problema de su discapacidad?			
			¿Cómo le gustaría que le traten?			
Núcleos sentidos RESUMEN						
PARTICIPANTES	PAC 1					
	PAC 2					
	PAC 3					

ANEXO 6. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO CUANTITATIVO



Universidad Estatal de Milagro
Dirección de Investigación y Postgrado
Maestría en Salud Pública



Tema: Análisis diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

Instrucciones: Cada pregunta debe ser analizada y calificada sobre 100, según la rúbrica que consta al final; debe ser analizado en relación con cada objetivo según su validez, pertinencia y coherencia.

Esta encuesta está dirigida al personal de salud que utiliza sistemas de valoración para personas con discapacidad.

	ANÁLISIS DE JUECES O EXPERTOS			
	VALIDACIÓN CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE SALUD	PERTINENCIA	VALIDEZ	COHERENCIA
Objetivo general Analizar diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.	7. Seleccione los problemas o alteraciones que presenta por causa de su discapacidad Problemas cardiorrespiratorios----- Problemas del sistema nervioso----- Problemas auditivos----- Problemas digestivos----- Problemas urinarios----- Problemas degenerativos----- Problemas mentales----- Problemas de piel----- Otros-----	100	100	100
Objetivos Específicos 1 Determinar la incidencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad	8. Seleccione la causa de su discapacidad Congénita----- Enfermedad----- Accidente----- Vejez----- Otros-----	100	100	100
	9. Indique el grado de discapacidad 30 - 49%----- 50 - 74%----- 75 - 84%----- 85 - 100%----- Otros-----	100	100	90
Objetivos Específicos 2 Identificar la prevalencia de los cuadros clínicos de las personas con discapacidad	10. Seleccione el tipo de discapacidad Auditiva----- Física----- Intelectual----- Psicológica----- Visual----- Cognitiva-----	100	100	90

	11. Seleccione las limitaciones que presenta en actividades de la vida diaria Alimentarse----- Vestirse----- Movilizarse----- Comunicación-----	100	95	95
Objetivos Específicos 3 Establecer la correlación entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad.	15. Ha recibido educación sobre las complicaciones que puede presentar por su discapacidad Si----- No-----	100	95	95
	12. ¿Cómo calificaría el acceso a los servicios de salud para el proceso de agendamiento de citas? Eficiente----- Deficiente----- Ineficiente-----	100	95	95
	17. Usted accede a servicios de rehabilitación Si----- No-----			

NOMBRE: MARÍA DE LOURDES VELASCO GARCÉS
 TÍTULO ACADÉMICO: DRA. PSICOLOGÍA EDUCATIVA
 TRABAJA: UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
 CI: 1702741586
 REG.PROF.COD: ESPECIALISTA 1005-05-610871-2005-10-12
 REG.PROF.COD.LIC.EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA-
 1005-05-579683-2005-0603

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

Firma del Experto

ANEXO 7. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO CUALITATIVO



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
Dirección de Investigación y Postgrado



ENTREVISTA - PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Tema: Análisis diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

Objetivos específicos

Analizar diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

CATEGORIAS	CÓDIGOS	CONCEPTO	PREGUNTAS	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
	CATEGORIAS	Relación intrafamiliar COD1 (REN1)	Influencia del comportamiento de la familia en el pensamiento y la actitud y aptitud	¿Cuál es el nivel de participación de su familia frente a su discapacidad?	X	X
¿Cómo es la convivencia con sus familiares?				X	X	X
¿Usted recibe apoyo emocional por parte de sus familiares?				X	X	X
¿Su familia participa en su cuidado personal ?				X	X	X
¿Su familia es parte de su participación frente a la sociedad ?				X	X	X
Aceptación social COD2 (ACESO)		Accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva	¿En algún momento se ha sentido excluido en la sociedad?	X	X	X
			¿Cómo se siente usted frente a la sociedad?	X	X	X
			¿Usted considera que el apoyo para las personas con discapacidad a nivel de la sociedad son eficientes?	X	X	X
			¿Usted siente que por su discapacidad presenta problemas económicos?	X	X	X
Percepción individual COD3 (PEI)		Estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento.	¿Cómo se siente cuando asiste a reuniones?	X	X	X
			¿Ha presentado momentos de enojos e iras por el problema de su discapacidad?	X	X	X
			¿Cómo le gustaría que le traten?	X	X	X

	11. Seleccione las limitaciones que presenta en actividades de la vida diaria Alimentarse----- Vestirse----- Movilizarse----- Comunicación-----	100	95	95
Objetivos Específicos 3 Establecer la correlación entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad.	15. Ha recibido educación sobre las complicaciones que puede presentar por su discapacidad Si----- No-----	100	95	95
	12. ¿Cómo calificaría el acceso a los servicios de salud para el proceso de agendamiento de citas? Eficiente----- Deficiente----- Ineficiente-----	100	95	95
	17. Usted accede a servicios de rehabilitación Si----- No-----			

NOMBRE: MARÍA DE LOURDES VELASCO GARCÉS
 TITULO ACADEMICO: DRA.PSICOLOGÍA EDUCATIVA
 TRABAJA: UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
 CI: 1702741586
 REG.PROF.COD: ESPECIALISTA 1005-05-610871-2005-10-12
 REG.PROF.COD.LIC.EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA-
 1005-05-579683-2005-0603

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 —

Firma del Experto

CATEGORÍAS DE LOS ENTREVISTADOS					Núcleos sentidos RESUMEN
PARTICIPANTES	COD 1	COD 1	COD 1	COD 1	
	COD 2	COD 2	COD 2	COD 2	
	COD 3	COD 3	COD 3	COD 3	

Categorías: Para codificar se tomaron las dos o tres letras que conforman el dominativo

Participantes: La codificación se da en base al tiempo de apareamiento para la participación en la investigación.

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: Rosa López Ruales
TITULO ACADEMICO:
Magister en Docencia e
Investigación
TRABAJA: Universidad Técnica
del Norte
Senescyt: en proceso

FIRMA

NOMBRE: *Hegira Ramírez*
TITULO ACADEMICO: *Doctor*
TRABAJA: *UDLA*
CI: *1759060427*
REG. PROF. COD:

Firma del Experto

ENTREVISTA - PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Tema: Análisis diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

Objetivos específicos

Analizar diagnóstico situacional y la correlación con sus cuadros clínicos de las personas con discapacidad en el Hospital Calderón de Quito, 2019.

CATEGORÍAS	CÓDIGOS	CONCEPTO	PREGUNTAS	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA	
	Relación intrafamiliar COD1 (RENI)	Influencia del comportamiento de la familia en el pensamiento y la actitud y aptitud		¿Cuál es el nivel de participación de su familia frente a su discapacidad?	100	100	100
¿Cómo es la convivencia con sus familiares?				100	100	100	
¿Usted recibe apoyo emocional por parte de sus familiares?				100	100	100	
¿Su familia participa en su cuidado personal ?				100	100	100	
¿Su familia es parte de su participación frente a la sociedad ?				100	100	100	
Aceptación social COD2 (ACESO)		Accesibilidad a los servicios, planificación, inclusión, capacidad productiva		¿En algún momento se ha sentido excluido en la sociedad?	100	100	100
				¿Cómo se siente usted frente a la sociedad?	100	100	100
				¿Usted considera que el apoyo para las personas con discapacidad a nivel de la sociedad son eficientes?	100	100	100
				¿Usted siente que por su discapacidad presenta problemas económicos?	100	100	100
Percepción individual COD3 (PEI)		Estado psicoafectivo, auto aceptación, pensamiento.		¿Cómo se siente cuando asiste a reuniones?	100	100	100
	¿Ha presentado momentos de enojos e iras por el problema de su discapacidad?			100	100	100	
	¿Cómo le gustaría que le traten?			100	100	100	

CATEGORÍAS DE LOS ENTREVISTADOS					Núcleos sentidos RESUMEN
PARTICIPANTES	COD 1	COD 1	COD 1	COD 1	100
	COD 2	COD 2	COD 2	COD 2	100
	COD 3	COD 3	COD 3	COD 3	100

Categorías: Para codificar se tomaron las dos o tres letras que conforman el dominante

Participantes: La codificación se da en base al tiempo de apareamiento para la participación en la investigación.

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: María de Lourdes Velasco Garcés

TITULO ACADEMICO: Dra. En
Psicología Educativa-Lcda. En
Ciencias de la Enfermería

TRABAJA: Universidad de las
Américas

Senescyt: 1005-05-610871-25-
10-12/ 1005-05-579683-2005-
06-03

FIRMA

	11. Seleccione las limitaciones que presenta en actividades de la vida diaria Alimentarse----- Vestirse----- Movilizarse----- Comunicación-----	100	95	95
Objetivos Específicos 3 Establecer la correlación entre el diagnóstico situacional y el cuadro clínico de las personas con discapacidad.	15. Ha recibido educación sobre las complicaciones que puede presentar por su discapacidad Si----- No-----	100	95	95
	12. ¿Cómo calificaría el acceso a los servicios de salud para el proceso de agendamiento de citas? Eficiente----- Deficiente----- Ineficiente-----	100	95	95
	17. Usted accede a servicios de rehabilitación Si----- No-----			

NOMBRE: MARÍA DE LOURDES VELASCO GARCÉS
 TITULO ACADEMICO: DRA. PSICOLOGÍA EDUCATIVA
 TRABAJA: UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
 CI: 1702741586
 REG.PROF.COD: ESPECIALISTA 1005-05-610871-2005-10-12
 REG.PROF.COD.LIC.EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA-
 1005-05-579683-2005-0603

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 ----

Firma del Experto

ANEXO 8: AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA



Comité de Ética de
Investigación en Seres
Humanos (CEISH)

Oficio CEISH-UDLA-2020-11-20-002
Quito D.M., 20 de noviembre de 2020
Asunto: **Carta de aprobación**

Señora
Verónica María Castro Cují
Investigadora Principal

De mis consideraciones:

Por medio de la presente el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Las Américas (CEISH-UDLA) le informa que el protocolo, los instrumentos de investigación y el consentimiento informado, del proyecto titulado "**ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y LA CORRELACIÓN ENTRE LOS CUADROS CLÍNICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**" presentado por los investigadores Verónica María Castro Cují y Holguer Estuardo Romero Urrea, fueron revisados y **aprobados** mediante el proceso de revisión acelerada el 19 de noviembre de 2020.

Esta aprobación, tiene una duración de un año, después de la cual se debe solicitar una extensión si fuera necesaria. En toda correspondencia con el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos, favor referirse al siguiente código de aprobación: **VMCC-201104-001**

El Investigador Principal se compromete a comunicar al CEISH-UDLA, mediante oficio, el inicio de la investigación; a responder a las solicitudes de reporte de avances del estudio que se está ejecutando que haga el Comité, y a notificar la terminación del proyecto de investigación, adjuntando un resumen con los resultados obtenidos en la investigación.

El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder tanto a los participantes como a los investigadores en relación con cualquier inquietud que pudiere surgir. Es importante remarcar que cualquier novedad debe ser comunicada al Comité, y todo cambio en el protocolo de investigación implica que debe solicitar una nueva aprobación al CEISH-UDLA.

El Comité otorga esta aprobación con base en la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados. Los solicitantes de la aprobación son los responsables de aplicar y respetar la información, procedimientos y condiciones expresados en estos documentos aprobados por el Comité; también son responsables de respetar la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Atentamente,

Aquiles R. Henríquez, MD
Presidente CEISH-UDLA
Universidad de Las Américas Ecuador
Campus Queri Bloque 7 Piso 3 Oficina 34
Teléf.: +593 (2) 398 1000 Ext.:7187
E-mail: aquiles.henriquez@udla.edu.ec

C.C. Grecia Vivas, Secretaria CEISH-UDLA

Quito, 16 de diciembre del 2020

Dr.
Holguer Romero Urrúa. Ph.D.
Docente-Investigador

Presente. –

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, deseándole éxitos en sus funciones en las cuales usted dirige acertadamente; mi nombre es Verónica María Castro Cují portadora de la cedula de identidad CI:0602922403; estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro; el motivo de la presente es solicitar una rectificación del protocolo en referencia al lugar donde se levantará la información, el título del proyecto queda de la siguiente manera:

Análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con discapacidad que acuden al punto calificador 17D11 Centro de Salud Capelo – Pichincha 2020.

Por la atención que se digne dar a al presente, anticipo mi agradecimiento.
Atentamente.



Verónica Castro
Maestrante de Salud Pública



Firma digital dr. Holguer
Romero
cn=Firma digital dr.
Holguer Romero,
o=UNIVERSIDAD ESTATAL
DE MILAGRO,
email=hromerou@unle.mle
du.ec, c=EC
2020.12.17 09:10:11 -05'00'

ANEXO 9. AUTORIZACIÓN PARA LEVANTAR INFORMACIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Distrital 17D11 Mejía Rumiñahui - Salud

Oficio Nro. MSP-CZ2DD17D11-2020-0303-O

Rumiñahui, 28 de diciembre de 2020

Asunto: Autorizado para levantar información referente al tema de tesis Análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con Discapacidad

Señora
Verónica María Castro Cuji
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ2DD17D11-2020-0393-E, ingresado por Ventanilla Única Distrital, el cual textualmente señala:

"..Saludos Cordiales, por medio del presente solicito a usted de la manera más comedida su autorización para levantar información referente al tema de tesis Análisis del diagnóstico situacional y la correlación entre los cuadros clínicos de las personas con Discapacidad que acuden al punto calificador del distrito 17D11."

Con este antecedente, me permito indicar lo siguiente:

De no involucrar salida de datos pertenecientes a la institución, no involucrar intervenciones durante la consulta de los usuarios, ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado del usuario, informo proceder como autorizado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Espc. Juan Gabriel Quizanga Camino
DIRECTOR DISTRITAL 17D11 MEJÍA RUMIÑAHUI SALUD, ENCARGADO

Referencias:
- MSP-CZ2DD17D11-2020-0393-E

Dirección: Av. Luis Cordero 1280 y Quito. Código Postal: 171104 / Sangolquí Ecuador
Teléfono: 593-2-3829 – 480 Ext. 4000 www.salud.gob.ec



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Distrital 17D11 Mejía Rumiñahui - Salud

Oficio Nro. MSP-CZ2DD17D11-2020-0303-O

Rumiñahui, 28 de diciembre de 2020

Anexos:

- msp-cz2dd17d11-2020-0393-e.pdf

Copia:

Señorita Médico

Nathaly Concepcion Mena Cisneros

Administradora Técnica del Centro de Salud Capelo

mc

Dirección: Av. Luis Cordero 1280 y Quito. Código Postal: 171104 / Sangolquí Ecuador
Teléfono: 593-2-3829 – 480 Ext. 4000 www.salud.gob.ec



sembramos
Futuro

Lenin



* Documento firmado electrónicamente por Quijuz

2/2

RE: Autorización Comité de Ética

Aquiles Rodrigo Henríquez <aquiles.henriquez@udla.edu.ec>

Lun 14/12/2020 20:18

Para: Veronica María Castro <veronica.castro@udla.edu.ec>**CC:** Grecia Victoria Vivas <grecia.vivas@udla.edu.ec>; CEISH-UDLA <ceish-udla@udla.edu.ec>

Estimada Verónica,

En este caso en particular con una carta solicitando una enmienda al protocolo en la que se especifica el cambio de lugar de levantamiento de información, y el respectivo cambio de título del proyecto, es suficiente.

Cordialmente,

Aquiles Rodrigo Henríquez, MD

Presidente CEISH UDLA

Universidad de Las Américas

E-mail: aquiles.henriquez@udla.edu.ec

Tel: +593988324842

De: Veronica María Castro <veronica.castro@udla.edu.ec>**Enviado:** lunes, 14 de diciembre de 2020 16:57**Para:** Aquiles Rodrigo Henríquez <aquiles.henriquez@udla.edu.ec>**Cc:** Diego Chauvin <diego.chauvin@udla.edu.ec>; Grecia Victoria Vivas <grecia.vivas@udla.edu.ec>**Asunto:** RE: Autorización Comité de Ética

Estimado Rodrigo

Después de la reunión con el ente calificador me informa y me autoriza a levantar la información en el punto calificador 17D11 Centro de Salud Capelo, debo indicar que el protocolo de investigación se mantiene no hay cambios sugeridos.

A la espera de su respuesta

Saludos Cordiales

Atte.

**Verónica Castro.**

Docente Titular

Escuela de Enfermería

Universidad de las Américas - Ecuador Vía Antigua Nayón

Teléf: +593 (2) 3981000 .EXT 7455

#1 EN INNOVACIÓNIII SCIMAGO
INSTITUTIONS
2020 RANKINGS Sólo imprimir este correo si es necesario

