



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad
atendidos por la estrategia médico del barrio en El Distrito 09D04
del primer nivel de atención.**

AUTORA:

Johanna Andrea Romero Sigcho

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

Dra. Paola Silva Gutiérrez, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
2022**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Johanna Andrea Romero Sigcho**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Paola Silva Gutiérrez, Mgs.

REVISORA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Johanna Andrea Romero Sigcho**

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia médico del barrio en el distrito 09d04 del primer nivel de atención**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2022

LA AUTORA



Firmado electrónicamente por:
**JOHANNA ANDREA
ROMERO SIGCHO**

Johanna Andrea Romero Sigcho



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Johanna Andrea Romero Sigcho

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia médico del barrio en el distrito 09d04 del primer nivel de atención**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2022

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**JOHANNA ANDREA
ROMERO SIGCHO**

Johanna Andrea Romero Sigcho



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE URKUND

Documento [Tesis_Johanna_Romero_Urkund \(1\).docx](#) (D144719232)
Presentado 2022-09-23 14:12 (-05:00)
Presentado por yoyromero@hotmail.com
Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje TESIS JOHANNA ROMERO SIGCHO [Mostrar el mensaje completo](#)
2% de estas 38 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / D62382066
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / D65160548
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / D65283412
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / D62322570
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / D65237039
	Grupo Difusión Científica / D78571435

0 Advertencias. Reiniciar Compartir

100% # 1 Activo Archivado de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D96731046 100%

El Sistema Nacional de Salud durante las últimas décadas ha sufrido paulatinamente cambios evolutivos de forma progresista, que inician en las décadas de los 70 y 80 como un sistema rígido, transversal, fragmentado y centralizado,

el cual

tenía como objetivo la cura de la enfermedad, más no restablecer la salud como sistema. A través de la historia se ha buscado la definición que más se acerque a la realidad de salud, ya que fue considerada por muchos años como la ausencia de enfermedad; sin embargo, el concepto va más allá. Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 cambia la definición y le da un enfoque diferente, este lo define como "un estado de bienestar tanto físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad" (OMS, 2019, p. 1). Anteriormente los recursos se direccionaban en la atención hospitalaria, con poca inversión en programas de prevención de la salud, a su vez los programas que existían eran manejados de forma vertical, lo que no permitía la atención equitativa a la población. En este contexto las políticas de salud pública fracasaban provocando en la población poca aceptación y credibilidad en la atención primaria; así los grupos poblacionales en situaciones de pobreza fueron los más afectados por el aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El Estado ecuatoriano en la Constitución de la República aprobada en el año 2008 dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos, esto con la finalidad de lograr el buen

vivirCITATION Asa08 | 12298 (Asamblea Nacional

Constituyente, 2008). Bajo el mandato de la Constitución y la Ley Orgánica de la Salud, en el año 2008 el

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios que siempre me acompaña y bendice, permitiéndome poder cumplir con las metas propuestas, que a pesar de las dificultades que vivimos en tiempo de pandemia nunca me abandonó, lo que ha permitido que mi fe se fortalezca en cada momento.

A mi amada familia, por su apoyo y amor que me motivaron siempre a seguir adelante.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por ser nuestra casa, a nuestros queridos maestros por su gran aporte en mi formación educativa, a mi tutora la Dra. Paola Silva por motivarme y acompañarme en este trabajo de investigación y a la Eco. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs. que con su guía y experiencia fortaleció mis conocimientos.

Un agradecimiento especial a mis compañeros de maestría, atravesamos duros momentos en la pandemia que permitió que nos adaptemos a nuevos desafíos que solo pudimos superarlos permaneciendo juntos.

Johanna Andrea Romero Sigcho

DEDICATORIA

A Dios que me ha bendecido con su presencia en mi vida y la de mi familia, con su luz y amor ha permitido que logre un objetivo más en mi vida.

A mi amada familia que son mi motivación diaria, mi esposo Washington Yoong por ser siempre mi pilar y fortaleza que con su amor me demuestra que juntos podemos lograr todo, y mis adorados hijos Sebastián, Washington Andrés y Leeanne por su paciencia y amor incondicional.

A mis padres Alfredo y Marcia, gracias por darme la mayor muestra de amor para sus hijos que con esfuerzo y sacrificio nos motivaron siempre a estudiar y salir adelante.

Mis hermanos Pablo, Fabricio, Yanina y Angie por siempre estar presente y compartir mis logros.

Johanna Andrea Romero Sigcho

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
Antecedentes.....	4
Planteamiento del Problema	5
Formulación del Problema	9
Justificación.....	10
Preguntas de Investigación	11
Objetivos de la investigación.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Capítulo I.....	13
Marco Teórico.....	13
Fundamentos de la Calidad de Vida.....	13
Modelos teóricos de la calidad de vida	13
Modelos teóricos para medir la calidad de vida	15
Definición del término calidad.....	16
Calidad de Vida.....	17
Factores que componen la calidad de vida.....	19
Generalidades de la medición de la calidad de vida en personas con discapacidad	21
Calidad en salud pública	21
Calidad del servicio.....	22
Fundamentos de la Discapacidad	22
Generalidades de la discapacidad.....	22
Tipos de discapacidad	23
Clasificación de discapacidad según su gravedad.....	25
Grupos prioritarios	27
Grupos vulnerables.....	28
Fundamentos de la Atención Médica	28
Atención primaria.....	28
Atención primaria en salud renovada.....	29

Capítulo II	31
Marco Referencial	31
Antecedentes Referenciales	31
Marco Contextual	39
Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio”	39
Distrito 09d04 del primer nivel de atención.....	40
Marco Legal.....	41
Capítulo III	44
Marco Metodológico.....	44
Enfoque de la Investigación	44
Diseño de la Investigación.....	45
Alcance de la Investigación.....	45
Tipo de Investigación	46
Método de Investigación	46
Población	47
Muestra	47
Muestreo	48
Técnica e Instrumento	49
Operacionalización de Variables.....	51
Procesamiento de Datos	53
Resultados.....	54
Análisis General de Resultados	92
Capítulo IV	99
Propuesta.....	99
Justificación.....	99
Objetivos.....	100
Objetivo general	100
Objetivos específicos	100
Descripción de Actividades.....	100
Estrategia para el bienestar emocional.....	100
Estrategia para el desarrollo personal	103

Estrategias para las relaciones interpersonales	108
Recursos	109
Cronograma de Actividades	111
Conclusiones	113
Recomendaciones.....	116
Referencias.....	117
Apéndices.....	127
Apéndice 1. Cuestionario de calidad de vida	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Grado de discapacidad</i>	26
Tabla 2 <i>Parámetros que conforma la fórmula de la muestra</i>	48
Tabla 3 <i>Baremos para determinar el nivel de vida</i>	50
Tabla 4 <i>Operacionalización de Variables</i>	51
Tabla 5 <i>Promedio dimensiones calidad de vida</i>	95
Tabla 5 <i>Planificación de la primera sesión</i>	104
Tabla 6 <i>Planificación de la segunda sesión</i>	105
Tabla 7 <i>Planificación de la tercera sesión</i>	106
Tabla 8 <i>Planificación de la cuarta sesión</i>	107
Tabla 9 <i>Cronograma</i>	111

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Género.....	54
<i>Figura 2.</i> Edad	55
<i>Figura 3.</i> Estado civil.....	55
<i>Figura 4.</i> Nivel de educación.....	56
<i>Figura 5.</i> Nivel socioeconómico.....	57
<i>Figura 6.</i> Personas que brindan apoyo.....	57
<i>Figura 7.</i> Situación laboral	58
<i>Figura 8.</i> Tipos de discapacidad	58
<i>Figura 9.</i> Grado de discapacidad	59
<i>Figura 10.</i> Personas que brindan apoyo a preferencias	60
<i>Figura 11.</i> Personal y decisiones	60
<i>Figura 12.</i> Tiempo libre.....	61
<i>Figura 13.</i> Oportunidades para actividades	62
<i>Figura 14.</i> Apoyo a deseos	62
<i>Figura 15.</i> Programa diario de actividades	63
<i>Figura 16.</i> Listado de conductas observables emocionales	64
<i>Figura 17.</i> Conocimiento de expresiones individuales.....	64
<i>Figura 18.</i> Apoyo a expresiones de angustia	65
<i>Figura 19.</i> Apoyo a expresión de deseos	66
<i>Figura 20.</i> Apoyo a expresiones faciales.....	67
<i>Figura 21.</i> Pautas y consejos	67
<i>Figura 22.</i> Afecto, cariño y contacto físico	68
<i>Figura 23.</i> Dieta adaptada.....	69
<i>Figura 24.</i> Actividades y ejercicios físicos.....	69
<i>Figura 25.</i> Ingesta alimenticia	70
<i>Figura 26.</i> Higiene e imagen personal.....	71
<i>Figura 27.</i> Movimiento en distintos espacios	72
<i>Figura 28.</i> Medidas.....	72
<i>Figura 29.</i>	73
<i>Figura 30.</i> Medidas para prevenir el dolor	74

<i>Figura 31.</i> Atención de diagnóstico y tratamiento´	75
<i>Figura 32.</i> Guía y apoyo sobre sexualidad	75
<i>Figura 33.</i> Adaptación del centro	76
<i>Figura 34.</i> Medidas para evitar riesgos.....	77
<i>Figura 35.</i> Espacios físicos para pertenencias	78
<i>Figura 36.</i> Ayudas técnicas.....	78
<i>Figura 37.</i> Ayuda técnica necesaria.....	79
<i>Figura 38.</i> Capacidades y limitaciones.....	80
<i>Figura 39.</i> Deseos y preferencias.....	80
<i>Figura 40.</i> Trato con respeto.....	81
<i>Figura 41.</i> Respeto de derechos.....	82
<i>Figura 42.</i> Respeto de intimidad.....	83
<i>Figura 43.</i> Nuevas habilidades	83
<i>Figura 44.</i> Aprendizaje de cosas.....	84
<i>Figura 45.</i> Instrucciones y modelos.....	85
<i>Figura 46.</i> Oportunidades de conocer entorno	86
<i>Figura 47.</i> Participación en actividades.....	86
<i>Figura 48.</i> Participación en actividades.....	87
<i>Figura 49.</i> Participación en actividades sociales	88
<i>Figura 50.</i> Identificación de comunicación	89
<i>Figura 51.</i> Diseño de actividades.....	89
<i>Figura 52.</i> Interacción social	90
<i>Figura 53.</i> Habilidades de comunicación	91
<i>Figura 54.</i> Contexto de apoyo	92

Resumen

La calidad de vida en torno a los pacientes con discapacidad les ayuda de forma significativa a su bienestar personal, desarrollo en sus actividades laborales y sociales, al igual que, la tranquilidad de sus familiares o cuidadores. El objetivo general se centró en analizar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención. La metodología estuvo estructurada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, alcance descriptivo, tipo transversal y método deductivo con una muestra de 367 personas, a través de un cuestionario de ocho dimensiones. Los resultados dados en la encuesta reflejaron que el 55.3% pertenece al género femenino, el 40.6% oscila más de los 51 años con un estado civil de casado/unido y un nivel socioeconómico bajo representado por el 49.9%, la familia es su principal fuente de apoyo y existe un alto porcentaje que posee discapacidad física en un 75 al 84%. La propuesta se enfocó en estrategias basadas en el bienestar emocional, desarrollo personal y relaciones interpersonales mediante un listado de conductas observables que pueden indicar un estado de ánimo particular con el uso de un formulario de registro, musicoterapia e intérprete de lenguaje de señas o de un traductor.

Palabras claves: Calidad de vida, Pacientes, Discapacidad, Distrito, Centro de atención, Primer Nivel.

Abstract

The quality of life around patients with disabilities helps them significantly to their personal well-being, development in their work and social activities, as well as the tranquility of their relatives or caregivers. The general objective was focused on analyzing the quality of life in patients with disabilities treated by the Neighborhood Medical Strategy of District 09d04 of the first level of care. The methodology was structured in a quantitative approach, non-experimental design, descriptive scope, cross-sectional type and deductive method with a sample of 367 people, through an eight-dimensional questionnaire. The results given in the survey reflected that 55.3% belong to the female gender, 40.6% ranges over 51 years with a marital status of married / united and a low socioeconomic level represented by 49.9%, the family is its main source of support and there is a high percentage that has physical disability in 75 to 84%. The proposal focused on strategies based on emotional well-being, personal development and interpersonal relationships through a list of observable behaviors that can indicate a particular state of mind with the use of a registration form, music therapy and a sign language or sign language interpreter, or a translator.

Key words: Quality of life, Patients, Disability, District, Care Center, First Level.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud durante las últimas décadas ha sufrido paulatinamente cambios evolutivos de forma progresista, que inician en las décadas de los 70 y 80 como un sistema rígido, transversal, fragmentado y centralizado, el cual tenía como objetivo la cura de la enfermedad, más no restablecer la salud como sistema. A través de la historia se ha buscado la definición que más se acerque a la realidad de salud, ya que fue considerada por muchos años como la ausencia de enfermedad; sin embargo, el concepto va más allá. Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 cambia la definición y le da un enfoque diferente, este lo define como “un estado de bienestar tanto físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad” (OMS, 2019, p. 1).

Anteriormente los recursos se direccionaban en la atención hospitalaria, con poca inversión en programas de prevención de la salud, a su vez los programas que existían eran manejados de forma vertical, lo que no permitía la atención equitativa a la población. En este contexto las políticas de salud pública fracasaban provocando en la población poca aceptación y credibilidad en la atención primaria; así los grupos poblacionales en situaciones de pobreza fueron los más afectados por el aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El Estado ecuatoriano en la Constitución de la República aprobada en el año 2008 dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos, esto con la finalidad de lograr el buen vivir (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Bajo el mandato de la Constitución y la Ley Orgánica de la Salud, en el año 2008 el Ministerio de Salud Pública (MSP) crea un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que tiene como eje principal a la Atención Primaria en Salud (APS), con ello el MSP

determinó la salud como un pilar fundamental para el desarrollo humano sostenible, enmarcándose en el contexto de la salud, su promoción y la prevención de enfermedades (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La atención primaria en salud al ser el eje principal del vínculo con la comunidad, si se mantiene de manera eficaz y eficiente fortalece y mantiene el correcto desarrollo del sistema de salud tal y como lo mencionan múltiples investigadores (Segalini, y otros, 2017). En este ámbito, los procesos aplicados de manera correcta ayudan con la evaluación de los servicios de salud, los cuales son clave para la mejora continua de la calidad de atención. Los profesionales de la salud al mantener una adecuada detección, seguimiento y control de los pacientes en su sociedad, en especial de aquellos con necesidades prioritarias, facilitan la buena relación con su comunidad, dando como resultado un apoyo para la rápida detección de problemas generales.

El MAIS tiene como uno de sus ejes prioritarios de intervención fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludables a la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos humanos, superando brechas de inequidad en el acceso a servicios integrales de salud, priorizando territorios y grupos poblacionales en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad. Además de fomentar el desarrollo de la atención primaria en salud para brindar una valiosa experiencia a los usuarios de manera especializada, para lo cual en el país se dispone de la estrategia de abordaje “Medico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud” los cuales prestan sus servicios en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La estrategia de abordaje en atención “Medico del barrio” está conformado por un médico general, una licenciada/o en enfermería y un Técnico en Atención Primaria de Salud, dirigidos por un médico especializado en el primer nivel de atención de salud

Medico General Integral (MGI). Estos tienen como función principal identificar pacientes que pertenezcan a grupos prioritarios o grupos vulnerables, de los cuales se puede resaltar con base al presente estudio, los pacientes con discapacidad, mismos que, dependiendo de sus condiciones de salud o de vida pueden formar parte de cualquiera de los dos grupos antes mencionados (Ministerio de Salud Pública, 2018).

La presente investigación se desarrolla con el objetivo de analizar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención por medio de un marco metodológico adecuado para el diseño de estrategias de mejora. El trabajo se encuentra estructurado en cuatro capítulos que se detallan a continuación.

El primer capítulo corresponde al marco teórico, mismo que involucra aspectos vinculados con el término calidad de vida, la discapacidad, tipos y clasificación, en conjunto con la delimitación de la estrategia de abordaje "Médico del Barrio" y lo referente a la atención primaria en salud renovada.

En el segundo capítulo se presenta el marco referencial integrado por una serie de antecedentes científicos de carácter nacional e internacional que se relacionan directamente con el tema de estudio, profundizando su reconocimiento dentro del ámbito actual de la problemática. Por otro lado, se incluye un marco legal conformado por un conjunto de artículos que intervienen con el objeto de estudio.

El tercer capítulo refiere a la metodología del estudio, cuyo abordaje parte de la aplicación de un conjunto de procesos, técnicas y procedimientos que contribuyen con la recolección de datos, favoreciendo el desarrollo de una solución del problema. El cuarto capítulo se enfoca en la propuesta, misma que implica el planteamiento de un conjunto de actividades orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes

con discapacidad; posteriormente, se establecen las conclusiones y recomendaciones específicas de la investigación.

Antecedentes

La calidad de vida es una medida de la eficacia de una persona para lograr sus objetivos en la vida, la misma se puede evaluar a nivel individual, comunitaria o global; generalmente, se trata de un concepto subjetivo que varía según la persona y sus circunstancias. Los inicios del uso del término calidad de vida se remontan luego de la segunda guerra mundial en Estados Unidos, cuya finalidad se orientó al reconocimiento de la percepción que sustentaba la población con respecto a su vida y seguridad financiera. Posteriormente, dicho impulso fue dirigido a las naciones europeas, logrando abarcar múltiples sectores de los cuales se destaca el marco sanitario (Páez, López, & Moreno, 2020).

Consecuentemente, para el año 1997 surge el concepto referido a la calidad de vida relacionada con la salud como un elemento que mide el bienestar de la población, valorando a los sistemas sanitarios y las decisiones que giran en torno a la salud pública. Cabe mencionar que, la calidad de vida es un juicio basado en la teoría de Bentham, cuya ideología se fundamenta en la maximización del bienestar de una persona y en la minimización de los daños, promoviendo así, el desarrollo de cambios en el pensamiento clásico dentro de las organizaciones de salud, pasando del término asociado con el número de muertes a la entrega de una esperanza a los pacientes. La calidad de vida relacionada con la salud se emplea con frecuencia en la valoración de las discapacidades y enfermedades crónicas, permitiendo reconocer aquellas dimensiones de vida que han sido perjudicadas por las enfermedades, tratamiento y políticas sanitarias (Páez, López, & Moreno, 2020; Lopera, 2020).

En lo que respecta a la estrategia Médico del barrio, esta se generó con el propósito de consolidar la atención primaria orientada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud, estableciéndose como una herramienta eficaz con la cual, la población cuenta con la oportunidad de acceder a los servicios sanitarios. La estrategia Médico del barrio forma parte del instrumento “Plan toda una vida”, materializando el 30 de agosto del año 2017 y cuyo objetivo se ha dirigido al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (Ministerio de Salud Pública, 2018; MSP, 2019).

Planteamiento del Problema

La presente investigación se enfoca en evaluar el Sistema Nacional de Salud en su evolución y transformación a través del tiempo, con la incursión de nuevos proyectos enfocados en cumplir los Objetivos del Milenio. Considerando como base fundamental lo que dispone la Constitución de República del Ecuador, se analizará cómo la implementación de nuevas estrategias ha logrado dar un giro positivo en la atención de pacientes, especialmente de los pacientes discapacitados y de esta manera ubicarlos en primera línea de atención.

Para ello requirió la implementación de un nuevo modelo de atención, el mismo que no debía encontrarse centrado en la enfermedad o en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias, sus comunidades, sus necesidades de salud, con una perspectiva de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. De esta manera, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) se constituyó en un eje orientador de la reforma del sector, en un pilar de la reorganización institucional del sistema público de salud, aun cuando

su implementación en el nivel local ha resultado más compleja de lo esperado y a la fecha no se ha completado (Espinoza, 2017).

Con el fin de implementar una herramienta que consolide el MAIS-FCI, el Ministerio de Salud Pública en agosto del 2017 lanzó la implementación a nivel nacional de la Estrategia Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral de Salud en un marco de atención primaria en salud renovada, que tiene como objetivos el acceso equitativo a los servicios de salud con énfasis en los grupos prioritarios, vulnerables. Adicional, reorganiza la prestación de servicios desde el primer nivel de atención hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud, asegura la participación activa de la comunidad en las acciones de salud y permite un manejo dinámico de la información para la toma de decisiones desde cualquier nivel de salud.

Médico del Barrio y su Equipo Integral de Salud está conformado por un médico general que en su dinámica de trabajo, compromiso social, sus principales funciones es realizar la vigilancia de la salud de la población asignada, así como también coordinar el trabajo intersectorial para lograr una incidencia positiva en los demás determinantes de la salud, forma parte de un equipo de atención integral en salud conformado directamente por una enfermera, un técnico de atención primaria en salud (TAPS) con quienes coordinan, articulan las acciones pertinentes intra y extra sectoriales para garantizar la atención integral en salud (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Un componente importante de esta estrategia que marca la diferencia es la incursión de un especialista al primer nivel de atención que puede ser un Médico Familiar o Comunitario o Médico Familiar y Comunitario; los mismos, son aquellos especialistas que realizan el tamizaje en la población con ayuda de su equipo de

atención. Al tener un contacto directo con la familia, la comunidad permite identificar los problemas de salud, así como las determinantes que las ocasionan, teniendo como principal objetivo la atención adecuada y de forma oportuna de los pacientes prioritarios y vulnerables, acercando los servicios a la comunidad.

Al ser una estrategia emblemática del Estado Ecuatoriano, ha sido de gran acogida y produjo un cambio visible en la comunidad, fortaleciendo la atención primaria en salud en el primer nivel de atención incorporando al sistema médicos Especialistas de Medicina familiar, los que tienen como objetivo cumplir con la visión del MAIS-FCI que es posesionar al primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud. Esto para resolver 80% de los problemas de salud de la población y solo el 20% referir a los siguientes niveles de atención. Otro componente importante es la articulación con los diferentes ministerios del Estado, los cuales deben apoyar el concepto de salud dado que es un estado completo de bienestar.

A pesar del éxito alcanzado por la estrategia en la recuperación y rehabilitación de los pacientes, en este proyecto de investigación se analiza la Estrategia Médico del Barrio, su desarrollo, aporte en la calidad de vida en los pacientes con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas crónicas o de alta complejidad que no tengan adecuado control de estas o que requieran de cuidados paliativos. Además, se busca indagar qué factores han afectado a la eficiencia del servicio a nivel territorial, teniendo puntos de vista diferentes dependiendo donde se desarrolle la estrategia. Con respecto al Distrito 09d04 lugar para este estudio en la Parroquia Febres Cordero, a pesar de ser una zona urbana concentra los mayores quintiles de pobreza de Guayaquil, los cuales conllevan altos índices de delincuencia lo que suele provocar dificultades o inseguridad al desplazarse en el territorio. En

muchos casos, limitando la actuación del Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) en la identificación de los pacientes y posterior atención del Médico del Barrio.

Dentro de este escenario, se enfatiza la importancia de la calidad de vida en pacientes con discapacidad, un término que no procede únicamente de elementos vinculados con el empleo o la riqueza, sino también, por criterios asociados con las enfermedades y la pertenencia a grupos vulnerables. Bajo este paradigma, se enfatiza que el desarrollo progresivo de la sociedad parte de la actitud humana, solidaria y compasiva que otorgan a las personas que no gozan de la oportunidad de llevar a cabo una vida plena dado sus defectos en el ámbito físico o mental. Consecuentemente, diferentes investigadores han determinado que la calidad de vida de una persona con discapacidad es proporcional al grado de socialización que posee con el resto del mundo, en conjunto con los factores económicos, físicos y psicosociales (Jiménez, Casado, Santos, Jiménez, & Hernández, 2019).

Cabe destacar que, la calidad de vida de las personas con discapacidad ha sido objeto de muchas investigaciones y debates a lo largo de los años; sin embargo, no hay una respuesta definitiva a la pregunta, ya que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo. No obstante, dentro de las temáticas más comunes que fomentan la importancia de evaluar la calidad de vida en este grupo de personas corresponden a la determinación del nivel de independencia, el apoyo que reciben de los familiares y el trato de la sociedad. En este marco, las personas que pueden vivir de forma independiente y tomar sus propias decisiones sobre sus vidas tienden a tener niveles más altos de satisfacción con sus vidas que aquellas que no lo son (Overchuk et al., 2021).

Asimismo, los pacientes que se sienten apoyados y aceptados por quienes las rodean poseen más probabilidades de ser felices y realizadas, mientras que, la forma en que la sociedad y la comunidad sanitaria trata a este grupo poblacional sea de modo respetuoso o justo conlleva a la prevalencia de un impacto positivo y significativo en su calidad de vida (Rajati, y otros, 2018). En el Ecuador existen 471,205 registros de personas con discapacidad, donde la mayoría son hombres y el tipo predominante corresponde a la discapacidad física con el 45.66% e intelectual con el 23.12% (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022). Dado este paradigma, es fundamental reconocer que las personas con discapacidad enfrentan muchos desafíos a diario que pueden afectar negativamente su calidad de vida, por ende, surge la necesidad de gestionar una valoración de este término enfocado en el ámbito de la salud dentro de un entorno específico como lo es el Distrito 09d04 a fin de mejorar su percepción.

Los esfuerzos por parte de los profesionales junto con el apoyo de la familia permitirán un ambiente pleno para estos pacientes, los cuales necesitan de atenciones especiales dentro de un entorno seguro. Sin embargo, dependiendo de su condición suelen tener complicaciones inesperadas que son poco previsibles; en el momento en que se den, es de suma importancia la identificación oportuna de las mismas. La articulación con el segundo y tercer nivel de atención es uno de los principales puntos que deben ser analizados, ya que de ello depende la continuidad de los tratamientos y la rehabilitación de los pacientes antes mencionados.

Formulación del Problema

¿Cómo es la calidad de vida en los pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia médico del barrio en el Distrito 09d04 Salud del primer nivel de atención?

Justificación

Es evidente que el acceso de los servicios de salud en el Ecuador no ha sido equitativo en grupos de pacientes considerados como prioritarios y vulnerables, por lo que es imprescindible el actuar inmediato del personal de salud para acercar el servicio a la comunidad y lograr la reorganización de los recursos disponibles en los diferentes niveles de atención de los servicios de salud. Además, es muy importante asegurar la participación comunitaria efectiva en las acciones cotidianas de los servicios de salud, permitiendo un manejo dinámico de la información de la salud que viabilice la adecuada toma de decisiones en los diferentes niveles de atención del MSP (Ministerio de Salud Pública, 2018).

La estrategia es un apoyo a la calidad de vida de los pacientes con discapacidad, a sus familiares quienes día a día descubren nuevos desafíos a la hora de cuidar o tratar con las diversas dificultades que suele presentar al convivir con ellos. Sin embargo, aún se encuentran los esfuerzos divididos para poder llevar esta iniciativa a su apogeo; en este ámbito, los usuarios sienten de forma positiva la ayuda brindada, donde los profesionales a cargo de sus comunidades son los actores principales, así como los únicos responsables de que el programa funcione de manera efectiva.

El programa médico del barrio tiene directrices simples los cuales podrían, en teoría, ser fácilmente cumplidas por los profesionales de salud, estos procedimientos después de varios años deberían reflejar un cambio positivo en la vida de las personas con discapacidad, dado que la salud se ha convertido en uno de los ejes centrales en el país. Por ende, los avances en lo que se refiere a la calidad de la atención deben ser palpables no solo para los usuarios a los que es dirigida, también debe percibirse en

sus familiares e incluso en la sociedad, de esta manera es indiscutible la mejora a la hora de analizar estos parámetros (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Según lo establecido, el presente proyecto de investigación se orienta al análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia “Medico del Barrio”, donde se busca determinar si la estrategia implementada ha marcado una diferencia en la vida de estas personas beneficiadas. Además de verificar la existencia de equidad en la entrega del servicio, así como el reconocimiento de puntos críticos que no permitan llegar a todos los pacientes; por consiguiente, este análisis se contempla como una herramienta importante para la toma de decisiones dirigidas al logro de la sostenibilidad de la estrategia en el sistema de salud.

En el año 2018 en el distrito 09d04 se atendieron por primera vez 3,544 personas con discapacidad y 7,479 ya llevaban controles subsecuentes a diferencia del 2019 donde se triplicó la cantidad siendo atendidos 8,218 pacientes con discapacidad por primera vez y 22,148 se encontraban en controles con el personal de salud del distrito. Los hallazgos del presente estudio se centran en determinar si la estrategia es sostenible, es decir que, la misma tenga la capacidad de poder subsistir a pesar de los diferentes cambios, si los profesionales de la salud se encuentran aplicando los procesos de manera eficaz y eficiente y si permitirá desarrollar habilidades que se puedan aplicar a planes innovadores en el área de la salud pública.

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es el marco teórico fundamentado en la calidad de vida en pacientes con discapacidad?
2. ¿Cuál es el marco referencial y legal asociado con la calidad de vida en pacientes con discapacidad y la estrategia Médico del Barrio?

3. ¿Cuál es el marco metodológico para reconocer la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención?

4. ¿Cuáles son las estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención, por medio de un marco metodológico adecuado para el diseño de estrategias de mejora.

Objetivos específicos

1. Desarrollar un marco teórico fundamentado en la calidad de vida en pacientes con discapacidad.

2. Elaborar un marco referencial y legal asociado con la calidad de vida en pacientes con discapacidad y la estrategia Médico del Barrio.

3. Determinar un marco metodológico para reconocer la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención.

4. Diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención.

Capítulo I

Marco Teórico

El marco teórico del presente estudio se encuentra conformado por un conjunto de conceptos e ideas que orientan a la investigadora al desarrollo de la investigación, dado el entendimiento y la comprensión relativa de las variables de análisis. Dentro de este ámbito, se destacan las generalidades de la calidad de vida, de la discapacidad y de la atención médica.

Fundamentos de la Calidad de Vida

Modelos teóricos de la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto subjetivo y relativo que implica un juicio valorativo sobre la forma en que una persona lleva su vida; cabe destacar que, no hay una definición universalmente aceptada de calidad de vida, dado que, el término se utiliza de diversas maneras en diferentes contextos. En este ámbito, algunas personas pueden considerar que la calidad de vida se relaciona con el bienestar físico y mental, la satisfacción de las necesidades básicas, la realización de metas y aspiraciones, la autonomía y el control de la propia vida, la relación con los demás, la participación en la comunidad y el entorno natural. Sin embargo, otros tienden a determinar que la calidad de vida es más que la suma de estos componentes y que también incluye aspectos como la religión, la cultura, la creatividad y el ocio (Zuluaga, Galeano, & Saldarría, 2019).

Cabe mencionar que, existen diferentes modelos teóricos basados en el concepto de calidad de vida, tales como, el bienestar psicológico, subjetivo, objetivo, social y económico. El primer modelo fundamentado en el bienestar psicológico es una característica que se relaciona con la calidad de vida, debido que su enfoque central

implica la valoración de las condiciones de vida de las personas, en las experiencias de las mismas y en las expectativas de futuro, desde una perspectiva subjetiva (Gallego, Aguilar, & Cangas, 2019).

El segundo modelo teórico se refiere a la percepción subjetiva de la calidad de vida, las mismas se relacionan con el nivel de satisfacción de las personas con respecto a las diferentes dimensiones de la vida y la evaluación de sus condiciones. En este ámbito, la satisfacción con la vida es el grado en que una persona se siente satisfecha con su vida en general, determinándose como un concepto subjetivo que puede medirse a través de una serie de indicadores, como la satisfacción con la salud, con las relaciones personales, el trabajo, entre otros. Por otro lado, el modelo teórico basado en el bienestar objetivo alude a las condiciones materiales de la vida, centrándose en los recursos disponibles que posee un sujeto; dentro de este escenario, las personas son capaces de evaluar objetivamente su propio bienestar y cuya valoración puede emplearse para mejorar sus niveles de calidad de vida (Razo, Díaz, & López, 2018; Van & Humphris, 2020).

El modelo teórico basado en el bienestar social se centra en la evaluación de las condiciones de vida de las personas en función de la calidad de las relaciones sociales, un término que se define como el conjunto de relaciones interpersonales que se establecen entre los humanos, siendo de diferentes tipos, tales como amistosas, familiares, amorosas o laborales. Las relaciones sociales son importantes para todos los individuos, puesto que, proporcionan una red de apoyo, ayudan al establecimiento y conservación de contactos, también pueden mejorar el bienestar general de la gente, mediante la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión en conjunto con el mejoramiento de la salud física. Por otra parte, el modelo teórico fundamentado en el

bienestar económico se relaciona con el dinero y los recursos económicos, es decir que, se centran en la evaluación de las condiciones de vida de las personas en función de la calidad de vida y de la capacidad de generar ingresos (Solis & Villegas, 2021; Cruz, Castro, & De la Cruz, 2021).

Modelos teóricos para medir la calidad de vida

Cabe mencionar que, existen una serie de teorías y modelos que han intentado explicar cómo se mide y cómo se puede mejorar la calidad de vida, estos incluyen el modelo de calidad de vida de la OMS, el modelo de bienestar de Diener, el modelo de capacidad de Sen y el modelo de Eudaimonia de Aristóteles. El modelo de la OMS se basa en la idea de que la calidad de vida se puede evaluar a través de cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Estas dimensiones se pueden medir a través de una serie de indicadores, como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad, la prevalencia de enfermedades, el nivel de educación, el ingreso, la ocupación, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la participación social y la religiosidad (Gómez & Cepeda, 2020).

El modelo de bienestar de Diener se fundamenta en la idea de que la calidad de vida se puede medir a través de cinco dimensiones, tales como la salud, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, logros y estándares de vida. De manera general, esta doctrina enfatiza que las personas pueden lograr un alto nivel de bienestar si se concentran en las cosas buenas de la vida, en lugar de las cosas malas, fomentando la satisfacción de las necesidades básicas, la realización de actividades gratificantes y el establecimiento de relaciones positivas (Zavala, Vázquez, Durón, & Cota, 2021).

El modelo de capacidad de Sen expone que la calidad de vida se puede medir a través de tres dimensiones: funcionamiento, estado y capacidad. El funcionamiento se

refiere a la forma en que una persona ejecuta las actividades básicas de la vida, como comer, dormir y trabajar. El estado alude a la salud física y mental de la misma. Mientras que, la capacidad determina las habilidades que un individuo posee al realizar las cosas que desea hacer generando la tenencia de nuevas experiencias (Kogan, 2020). Finalmente, el modelo de Eudaimonia de Aristóteles se basa en la idea de que la calidad de vida se puede medir a través de tres dimensiones: placer, virtud y propósito. El primer criterio implica la satisfacción de las necesidades básicas, como la comida, el descanso y el sexo; la virtud apunta a las cualidades positivas de una persona, como la honestidad, la justicia, la compasión y la bondad, en tanto que el propósito se orienta al desarrollo de metas y aspiraciones, como el logro de la felicidad, el éxito o el reconocimiento (Eylat, 2021).

Definición del término calidad

Dentro de este ámbito, Alcalde (2017) expone una presentación bastante interesante sobre la descripción de la calidad; la menciona como la capacidad que tiene la humanidad para hacer bien las cosas, presentándolo como la base para el desarrollo. Por ende, se determina como todo aquello en que el interior de una persona ha permitido innovar cada aspecto de su vida, mejorando un aspecto básico que se encuentra en cada sujeto, algunos más interesados que otros. Sin embargo, aunque esta definición recae en un contexto general, con el paso de los años, múltiples investigadores han visualizado la necesidad de crear herramientas para poder cumplir con mayor eficacia o rapidez las actividades diarias, garantizando la calidad de las mismas.

Cabe resaltar que, mejorar la satisfacción de los clientes es el pilar fundamental de distintas organizaciones desde hace más de una década; consecuentemente, el

concepto de calidad comenzó a ser el éxito del mercado en las distintas instituciones tanto públicas como privadas, dado que se visualiza como el factor principal para diferenciarse en el mercado competitivo. La gestión de la calidad va desde conocer la necesidad de los usuarios, dar comodidad en cada uno de los procesos de atención a los usuarios, contar con insumos suficientes para la demanda, hasta ampliarse en la satisfacción individual de los pacientes en la calidad del servicio, el cual es evaluado directamente por los mismo clientes quienes son los que observan diariamente y de manera directa cada uno de estos parámetros (Acosta, Durán, & Padilla, 2018).

Calidad de Vida

La calidad de vida mantiene un concepto que suele mostrarse como problemático o confuso. En 1993, la OMS la definió como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, en el contexto cultural y de valores en que vive y su relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Brito, Gutiérrez, Cruz, Pérez, & Mazon, 2018, p. 50). Por otro lado, Ruiz (2019) expuso que la calidad de vida es un estado general de satisfacción que parte de la ejecución de las potencialidades de una persona, preservando elementos objetivos y subjetivos. Este aspecto en el sistema nacional de salud se ha convertido en el eje principal para mejorar el día a día de los pacientes más vulnerables, el enfoque en la atención por parte de los profesionales de la salud puntualizando a los pacientes con discapacidad les ayuda de manera significativa a su bienestar personal, su buen desarrollo en sus actividades laborales y sociales, así como también en la calma de sus familiares o cuidadores. Adicional, las dimensiones entre la relación profesional-pacientes que van desde la seguridad, la confianza, la empatía con las observaciones más comunes de los pacientes ante los profesionales de salud que los atienden, el cual es

sumamente diverso en muchos casos, dado las condiciones de cada paciente, al igual que su cultura o educación.

Los pacientes con discapacidad se han incrementado en los últimos años, esto se debe también al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles las cuales al no llevar un cuidado adecuado provocan eventos como los accidentes cerebrovasculares los cuales provocan más discapacidad que mortalidad. En la actualidad, para evaluar la calidad de vida de los pacientes se han identificado una serie de parámetros bastantes claros dependiendo de la discapacidad de los pacientes, que van desde la percepción del mismo y sus familiares hasta un mejor desarrollo en sus actividades diarias, recordando también las dificultades que suelen tener o las discapacidades que no tienen probabilidades de mejorar. La evaluación de la calidad de vida se debe percibir o enfocar principalmente en el bienestar personal de estos pacientes y sus familiares, dada la naturaleza de su conflicto (Lopera, 2020).

Las personas con algún tipo de discapacidad suelen tener limitaciones en sus actividades cotidianas, los familiares más cercanos o incluso sus amigos dedican parte de su tiempo para ayudar a cumplir las necesidades de cuidado de este tipo de pacientes; el cuidador pasa de atender sus obligaciones individuales para compartir la responsabilidad del cuidado. En este ámbito se destaca el compromiso del cuidador, mientras que, los profesionales de la salud en el primer nivel de atención se encargan de otorgar una asesoría apropiada para el correcto desarrollo de los cuidados, los controles periódicos de sus procesos y el análisis de sus resultados o mejoras en su salud (Massa & Moreno, 2018).

Factores que componen la calidad de vida

Diversos autores han determinado que existen múltiples factores que intervienen en la calidad de vida de las personas, los cuales tienden a influir de manera positiva o negativa según la percepción de la persona. En este ámbito, se destacan elementos generales que aluden al entorno social, ambiental, demográfico, psicosocial y de salud. Dentro de los factores sociales se encuentra el nivel de educación, el estatus socioeconómico, la cultura y la religión. El nivel de educación de una persona es uno de los principales factores que influyen en su calidad de vida; aquellos que poseen un mejor grado de instrucción tienden a poseer mejores empleos y mayores ingresos, lo que les permite tener un mejor estándar de vida e incrementar sus probabilidades para el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos (Quesada & López, 2019).

Por otro lado, tanto el estatus socioeconómico como la cultura son factores importantes que afectan la calidad de vida de las personas, dado que, aquellos que poseen un nivel económico elevado y habitan en una sociedad con una cultura rica cuentan con un mejor acceso a la educación y a los servicios de salud. Finalmente, las personas que practican una religión tienen un mejor acceso a la comunidad, el apoyo y la orientación, lo que les ayuda a mejorar su calidad de vida (Martínez & Gallardo, 2021).

En cuanto a los factores ambientales que afectan la calidad de vida de las personas, se encuentran la contaminación del aire, el agua y el suelo, así como el ruido y la radiación. Adicional, se destaca la falta de acceso a los servicios básicos, la seguridad y la estabilidad del entorno; este escenario conduce a la prevalencia de múltiples efectos como el surgimiento de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas, así como el cáncer, manifestación de cuadros de estrés, ansiedad y

problemas del sueño, entre otros aspectos que merman el bienestar de las personas (Pik, y otros, 2020).

Con respecto a los factores demográficos que influyen en la calidad de vida de las personas, se destaca la edad, sexo, raza, estado civil, ocupación, en conjunto con el nivel de ingresos y la educación (Gobbens & Remmen, 2019). En tanto que, los factores psicosociales que más se relacionan con la calidad de vida son la autoestima, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y la resiliencia; en relación con el primer criterio, se determina como la percepción que una persona tiene de sí misma, es decir, la opinión de su propio valor. La satisfacción con la vida es el grado en el que un individuo está contento o satisfecho con su vida en general; el bienestar psicológico expresa el nivel de equilibrio y seguridad de un sujeto, mientras que, la resiliencia constituye la capacidad para superar las adversidades y seguir adelante. No obstante, aquellos factores psicosociales que afectan la calidad de vida corresponden al estrés, la depresión, los trastornos del sueño, del apetito, la relación con los demás, entre otros (Gu, Qiu, Yang, Tian, & Wu, 2020).

Finalmente, los factores de salud que influyen en la calidad de vida de la sociedad apuntan a la prevalencia de enfermedades, problemas de discapacidad funcional, perjuicios neurológicos, manifestación de síntomas, incidencia del dolor, daños cognitivos, emocional y sensoriales. A esto se atribuye el tratamiento designado, la medicación administrada, los efectos secundarios y demás elementos que conducen a una percepción negativa de la calidad de vida (Lee, Cha, & Myun, 2021).

Generalidades de la medición de la calidad de vida en personas con discapacidad

En el ámbito literario, se enfatiza que la medición de la calidad de vida es diferente para la población con discapacidad, dado que las mismas, no tienen las mismas expectativas y necesidades que las personas sin discapacidades, generando la necesidad de plantear un enfoque diferente para este grupo. Dicho paradigma originó la creación de la Escala de Calidad de Vida de la Discapacidad (DDS), la cual se desarrolló específicamente para los individuos objeto de estudio (Haim & Gal, 2019).

Esta escala mide cómo las personas con discapacidades perciben su propia calidad de vida en cinco áreas: bienestar físico, bienestar mental, autonomía, relaciones sociales y participación. En cada una de estas dimensiones se hacen preguntas sobre la satisfacción con la vida, las actividades cotidianas, el apoyo social, la participación en la comunidad y otros aspectos relacionados con la calidad de vida; cabe mencionar que, esta herramienta puede ser utilizada para medir la calidad de vida de los sujetos con discapacidad en general o con un tipo en específico (Aljameel, 2020).

Calidad en salud pública

Oliver (2015) determinó a la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud en conjunto con el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. La salud pública por lo general siempre trabaja en conjunto con otras organizaciones dependientes e independientes del Estado, para mejorar la calidad de vida de las personas en la comunidad. Estos ofrecen servicios públicos, es decir, de manera gratuita a la sociedad en especial a aquellos pacientes que lo necesitan. La prevención es el eje fundamental de la atención primaria en salud; la manera más adecuada de medir la

calidad de los servicios de salud en la salud pública es la disminución de enfermedades prevenibles, lo cual se logra con el correcto enfoque de los profesionales de salud al realizar promoción de conductas saludables, charlas sobre las enfermedades más comunes, prevención de epidemias estacionales, calidad y accesibilidad en los distintos servicios de salud.

Calidad del servicio

La calidad es la manera más obvia de expresión de competitividad tanto personal, profesional, social e industrial, se encuentra inmiscuida en cada una de las actividades realizadas en el día a día; aún más importante, es de fácil apreciación por la sociedad. Los servicios que presta una institución se encuentran encerrados en parámetros de eficiencia, eficacia, rapidez o incluso en algunas industrias la calidez humana; los valores transmitidos de persona a persona suelen tener impactos positivos al evaluar el desempeño o al prestar un servicio. A pesar del crecimiento de la sociedad, la empatía o los buenos valores en la calidad del servicio, este término se encontraba casi perdido hasta hace unos cuantos años; los datos en cuanto a la satisfacción de los usuarios al momento de dar un servicio de calidad han ido mejorando poco a poco en cada uno de los sectores en los que se encuentra, lo que genera ventajas en el crecimiento o desarrollo de cualquier sociedad (Arellano, 2017).

Fundamentos de la Discapacidad

Generalidades de la discapacidad

Las personas con discapacidad en la antigüedad eran tratadas de manera distinta e incluso eran excluidos; con el paso del tiempo y con el avance de la tecnología y el desarrollo de la medicina se ha logrado una inclusión positiva, tanto en lo laboral como en lo social, mejorando las relaciones para los pacientes con este tipo de

afecciones. Aunque la discapacidad se presentara de manera normal, con el transcurso de los años, el desgaste físico y mental que se presenta después de cierta edad en la vida de las personas conlleva a la mayoría al desarrollo de algún tipo de discapacidad (MSP, 2018).

Las personas con discapacidad al tener cierto nivel de limitación, en algunos casos suelen tener síntomas de conducta negativa; la atención que se les da a estos pacientes debe comenzar con la rehabilitación no solo física sino mental, dado que es característico ciertos grados de depresión o apatía al estar limitado en sus acciones o preocupado por su entorno en el futuro. Bajo este paradigma, se determina que ante la existencia de un enfoque centralizado en la afección física conduce a la prevalencia de problemas sociales y personales en un futuro, este criterio mantiene el enfoque de los profesionales de salud en un nivel intra e inter personal para la mejora de la salud (Oliver, Hernández, Ortega, & Medrano, 2018).

Según datos de la OMS, el 15% de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad, este porcentaje está lejos de disminuir e incluso aumenta progresivamente. La atención a este tipo de pacientes no se percibe de manera general, cada discapacidad mantiene un cuidado distinto relacionado con afecciones simultáneas que presenten o por el porcentaje de discapacidad que mantenga. Es decir, ciertos pacientes necesitan un cuidado especializado con controles más seguidos que otros, el avance que se ha realizado a nivel mundial permite otorgarles una calidad de atención adecuada dependiendo del tipo de discapacidad (Arrazola, Pérez, & Sannino, 2014).

Tipos de discapacidad

La Autoridad Sanitaria Nacional define siete tipos de discapacidad:

1. La discapacidad auditiva, definida como las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales irreversibles e irrecuperables de la percepción de los sonidos externos, debido a la pérdida de la capacidad auditiva parcial o total de uno o ambos oídos (MSP, 2018).
2. La discapacidad de lenguaje que son las deficiencias que afectan a los aspectos lingüísticos, tanto en el nivel de comprensión/codificación, interfiriendo en las relaciones y rendimiento escolar, social y familiar de los individuos afectados (MSP, 2018).
3. La discapacidad física son las deficiencias o alteraciones neuromusculoesqueléticas o de órganos internos que se traducen en limitaciones posturales, dificultad con la motricidad fina o gruesa. Esto implica movilidad reducida y complejidad para la realización de ciertas actividades de la vida diaria y/o autocuidado (MSP, 2018).
4. La discapacidad intelectual se caracteriza por las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina y manifiesta antes de los 18 años (MSP, 2018).
5. La discapacidad múltiple es la presencia de dos o más discapacidades; auditiva visual, física, lenguaje, intelectual y/o psicosocial que generan deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables en varios sistemas del organismo humano (MSP, 2018).
6. La discapacidad psicosocial es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el

comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (MSP, 2018).

7. La discapacidad visual engloba las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables en el sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con el sentido visual. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores y profundidad (MSP, 2018).

El Estado le brinda a cada uno de ellos la calidad de atención en los servicios de salud, la debida inclusión en los diferentes sectores laborales donde no serán excluidos mucho menos discriminados por su condición, la oportunidad de ser parte de manera equitativa en cada uno de los programas y beneficios del estado, e incluso el acceso a una rehabilitación gratuita o el apoyo de los procesos de salud pública dirigidos a cada uno de ellos (Arrazola, Pérez, & Sannino, 2014).

Clasificación de discapacidad según su gravedad

El Estado toma en cuenta varios parámetros ya establecidos, dependiendo del grado de discapacidad ya puntualizados en el reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con déficit en su condición de vida; esto es lo que determina el grado de la discapacidad según la gravedad en la siguiente tabla:

Tabla 1
Grado de discapacidad

Discapacidad	Definición	Porcentaje
Ninguna discapacidad	Paciente con déficit de manera permanente que ha sido diagnosticado de forma adecuada, el cual no presenta dificultad en sus actividades cotidianas y supera las dificultades de su entorno.	0 a 4%
Discapacidad Leve	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes y que tiene alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria; sin embargo, la persona es muy independiente, no requiere de terceros.	5 a 24%
Discapacidad moderada	Síntomas, signos de secuelas de deficiencias permanentes y que presenta disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado y supera con dificultad algunas barreras del entorno.	25 a 49%
Discapacidad grave	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo para algunas labores básicas de autocuidado y supera con dificultad solo algunas barreras del entorno	50 a 74%
Discapacidad muy grave	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes que afectan gravemente e imposibilitan la realización de las actividades cotidianas, requerimiento del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno	75 a 95%

Discapacidad Completa	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes que afectan a la persona en su totalidad e imposibilitan la realización de las actividades cotidianas, requerimiento del apoyo de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno	96 a 100%
--------------------------	---	-----------

Tomado de: MSP (2018).

Grupos prioritarios

Estos grupos son establecidos por la autoridad sanitaria, en función de la política pública corresponderá usualmente a aquellos que, históricamente, por su condición social, económica, cultural y política, edad u origen étnico se encuentran en condición de riesgo, lo cual les impide incorporarse adecuadamente al desarrollo, al no ser parte por sus creencias o principios disminuye su oportunidad de acceder a mejores condiciones de vida, al buen vivir. Sin embargo, poco a poco se ha ido adaptando este grupo de mejor manera a las innovaciones tanto personales como tecnológicas, lo cual les brinda no solo un apoyo, sino que, también facilita sus actividades diarias para poder mejorar su calidad de vida. Algunos de estos grupos se encuentran definidos en la Constitución de la República del Ecuador.

Para efectos de la estrategia, al igual que un correcto entendimiento del tema, los grupos prioritarios son los siguientes: adultos mayores, mujeres embarazadas, niños menores de dos años, niños menores de cinco años con malnutrición, niños con esquema de vacunación incompleto, personas con discapacidad (física, auditiva, visual, intelectual, psicosocial) y personas con problemas de salud mental. Además, se integran las personas privadas de la libertad, con enfermedades crónicas no transmisibles, con tuberculosis, con VIH y víctimas de violencia. Cabe mencionar que el enfoque del presente estudio se concentra en este grupo, de manera más

específica en las personas con discapacidad, quienes necesitan al igual que todos los pertenecientes al mismo una mejora en la calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Grupos vulnerables

Los grupos vulnerables integran a las personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general. Las personas que pertenecen a estos grupos tienen la más alta prioridad para la atención. Para efectos de la estrategia, los grupos vulnerables definidos son los siguientes: mujeres embarazadas con riesgo, niños menores de dos años con desnutrición aguda, personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas, personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos, personas con riesgo genético y personas víctimas de violencia de género (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Fundamentos de la Atención Médica

Atención primaria

De acuerdo con la biblioteca virtual en salud de Paraguay (2022) se destaca lo siguiente:

La Atención Primaria de la Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (p. 1).

Es en efecto, el inicio de la atención por parte del profesional de la salud a la sociedad, hoy por hoy en el país se dispone de índices sumamente altos de enfermedades crónicas no transmisibles. La calidad de la promoción, atención y los servicios en las diferentes comunidades, permite el avance o desarrollo de la salud, los esfuerzos correctamente direccionados dados en este nivel generan un manto de confianza para el usuario mejorando su calidad de vida (OMS, 2019).

Cabe mencionar que, existen tres componentes correlacionados y en concordancia que constituyen en concepto la APS y estos corresponden a una coordinación adecuada, eficaz y eficiente de los servicios de salud. El eje central incluido en este parámetro son las funciones de la atención primaria y bienes de salud pública; los determinantes de la salud y de carácter general son las acciones, colaboraciones y políticas multisectoriales. Las relaciones con las otras dependencias públicas, sociales, comunitarias o privadas mantendrán una correcta distribución de la información hacia la sociedad, aumentando el interés, fomentando la participación de la comunidad en su autocuidado. La APS tiene como enfoque principal la búsqueda del compromiso con la sociedad, la solidaridad, la equidad y la participación, reconociendo a la salud como un derecho fundamental de la vida, que todo ser humano sin ningún tipo de exclusión debe gozar (OMS, 2021).

Atención primaria en salud renovada

La Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) es una estrategia encargada de la orientación en el desarrollo de los sistemas sanitarios; al igual que todo proceso social, al momento de querer implementarse tiene retrasos, producto del conflicto de interés que se forman normalmente en este tipo de organización para la sociedad. La base de la APS-R se encuentra en la APS puliendo el enfoque de la medicina social,

el interés profesional y la colaboración con los líderes comunitarios; este ámbito destaca por su presencia en el desarrollo de los determinantes de la salud. Desde 1978 con el origen de la APS hasta el día de hoy, tanto en el país como en América Latina y otras partes del mundo, el cambio social sobre el derecho de la salud, mejoraron la calidad de vida de los pacientes y el desarrollo de la sociedad. El modelo de atención en salud pública es fortalecido al autocuidado en base a conocimientos impartidos por el profesional de la salud hacia la sociedad, de esta forma se logra prevenir las enfermedades desde los hogares de cada comunidad. La población al tener un servicio de calidad que satisface sus necesidades tanto personal como social se dirigen hacia el desarrollo integral comunitario (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Capítulo II

Marco Referencial

El marco referencial se encuentra conformado por un conjunto de antecedentes científicos que proporcionan a la investigadora una lógica interna de las variables de estudio. Adicional, se realiza un abordaje legal y contextual de la problemática planteada.

Antecedentes Referenciales

Nanthamongkolchai, Tojeen, Munsawaengsub, Yodmai y Suksatán (2022) manifestaron que uno de los momentos más difíciles que los adultos mayores han enfrentado en la actualidad fue la amenaza de la pandemia provocada por el Covid-19, en vista de esto se plantearon como objetivo de estudio analizar la calidad de vida de estos individuos que presentan alguna discapacidad física y de movilidad. Como parte de la metodología que usaron para el desarrollo del trabajo se aplicó el estudio transversal y correlacional y como instrumento se utilizó un cuestionario estructurado y la muestra fue de 360 personas.

Entre los hallazgos se encontró que el nivel de calidad general de los adultos mayores fue moderado (63.3%), siendo similar en sus tres dimensiones que fueron dominio físico, psicosocial y espiritual. Además, se observó que los factores relacionados a esta variable fueron el apoyo social ($r=0.598$), la autoestima ($r=0.725$) y el acceso a los servicios de salud ($r=0.257$). Del mismo modo, se halló que los factores percepción de los beneficios de la discapacidad y la autoestima ($p<0.005$) están asociados a la calidad de vida de los adultos mayores con discapacidad (Nanthamongkolchai et al., 2022).

Villafuerte (2020) mencionó en su estudio cómo a nivel mundial las cifras de discapacidad siguen incrementándose, las campañas preventivas y servicios médicos especializados no cumplen de manera adecuada con los procesos de prevención. El recibir un diagnóstico de cualquier tipo de discapacidad puede desencadenar cambios de manera drástica en el individuo y problemas en el núcleo familiar, así como también en la calidad de vida de estos pacientes en particular. El objetivo de este trabajo fue analizar el clima social familiar y la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1; fue un estudio de tipo documental y bibliográfico, de diseño transversal, no experimental y de nivel descriptivo. La muestra para el estudio se tomó de 40 historias clínicas de pacientes con discapacidad del Departamento de Estadísticas del Centro de Salud N°1.

Para la recolección de datos se empleó una ficha de observación, en la cual se registró información como: tipo y porcentaje de discapacidad, además los resultados de las escalas: Escala de clima social familiar (FES) y escala de calidad de vida FUMAT. Los resultados en clima social familiar indicaron que todas las subdimensiones se encuentran en un nivel medio: con un 55% en relaciones, 45% en desarrollo y 80% en estabilidad. En lo que respecta a calidad de vida, el 72,5% de los pacientes se ubicaron en un nivel medio, al mismo tiempo se observó una relación descriptiva entre las dos variables. Dado los hallazgos obtenidos se elaboró un plan de estrategias psicológicas orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad (Villafuerte, 2020).

Llagostera, López, Sanz, González y Orts (2019) expresaron que el segundo trastorno degenerativo que prevalece en España es la enfermedad de Parkinson, la cual causa discapacidad en las personas, lo que a su vez deteriora su calidad de vida.

Por ese motivo, el trabajo de los investigadores se centró en determinar el grado de calidad de vida de los pacientes con esta patología. Para lo cual, se utilizó como parte de la metodología la investigación observacional, descriptiva, inferencial, correlacional y transversal, siendo la muestra de 21 pacientes y la técnica empleada fue la entrevista estructurada.

Los resultados dieron a conocer que la calidad de vida de los pacientes en promedio fue de 17.28, siendo el discomfort la dimensión más afectada con un promedio de 35.03 y el deterioro cognitivo con 26.78. Además, el estado de salud percibido por los adultos mayores consiguió una media de 0.67, la cual se debió a la dimensión ansiedad y depresión con un promedio de 1.9, así como, la movilidad con una media de 1.48. Por último, el estado de salud general tomado por medio del termómetro EQ-5D obtuvo un promedio de 75.48 (Llagostera et al., 2019).

Gane, McPhail, Hatton, Panizza y O'Leary (2018) realizaron una investigación que estuvo enfocada en comprender el nivel de calidad de vida de los pacientes con discapacidad provocada por quemaduras faciales. La investigación se abordó bajo el enfoque cuantitativo y transversal, aplicando como técnica la encuesta a una muestra de 121 personas. Los resultados principales fueron que la calidad de vida total de los pacientes tuvo una media de 137.06, lo cual se debió a que el 23.97 de ellos individuos obtuvieron una calidad de vida menor a 130, en donde las dimensiones imagen corporal, trabajar y sensibilidad al dolor obtuvieron la puntuación media más baja con 3.08, 3.15 y 3.2. Por lo tanto, la calidad de vida de los pacientes con cicatrices de quemaduras consiguió un nivel moderado o bajo.

Morales (2014) en su estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide en relación con la salud familiar. La metodología

utilizada para su estudio fue de diseño transversal, prospectivo y analítico; este fue realizado de abril a Julio del 2014, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 61, con una muestra de 50 pacientes. Los criterios de inclusión implicaron un mínimo de 6 meses de diagnóstico con la enfermedad por el médico reumatólogo y provenientes de la UMF 61; mientras que, los criterios de no inclusión aludieron a sujetos con enfermedad en etapa terminal y con comorbilidad incapacitante.

En dicho trabajo se aplicó un cuestionario diseñado exprofeso hetero administrado, donde se recolectaron variables independientes como género, escolaridad, tipo de familia, terapéutica actual y evolución de su enfermedad. Además, se aplicaron otros instrumentos como el Método de Graffar, el Quality of Life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA Scale) con coeficiente de confiabilidad Alpha de 0.91 y el modelo de Estado de Salud Familiar, con confiabilidad Alpha que va de 0.73 a 0.89. Los resultados determinaron que la edad promedio fue de 49 ± 11 años, donde se formaron dos grupos de 25 pacientes cada uno con buena y mala calidad de vida; la escolaridad profesionista fue con mala calidad de 4% (1) y buena calidad de vida 24% (6). El nivel medio alto con buena calidad fue de 20% (5) y mala calidad de 12% (3). La correlación de las puntuaciones total de calidad de vida y salud familiar se mostraron con $\rho = 0.659$ y $p < 0.000$ lo que permitió concluir que existe relación entre la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide y la salud familiar (Morales, 2014).

La atención primaria en el sistema de salud pública es el pilar fundamental en ciertos países; sin embargo, al ser una pieza fundamental para la construcción de los sistemas de salud varía en cada país y en cada región de acuerdo con las particularidades y características de la población. En consecuencia, Riquelme,

Gómez, Gutiérrez, Martínez y Sierra (2016) realizaron un estudio en la consulta externa del Hospital Universitario del Programa de Residencia de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México con el objetivo de establecer los criterios para designar pacientes vulnerables en Atención Primaria y determinar el porcentaje de pacientes vulnerables en la consulta del Primer Nivel. Esto de acuerdo con criterios establecidos; para la medición de los resultados se empleó un estudio descriptivo y prospectivo basado en las visitas al consultorio de médicos de familia, cuyos registros permitieron identificar la entrega de asistencia a un total de 460 pacientes durante el periodo establecido.

Estos pacientes generaron 7,461 visitas al consultorio; el criterio de "paciente vulnerable" se hizo en 228 visitas (30,5 %), las cuales correspondieron a 88 pacientes. Este estudio concluyó que los pacientes vulnerables según los criterios establecidos son pacientes que requieren una atención integral con prioridad. Además, se identificó que los médicos de familia pueden proporcionar una atención integral a los problemas personales o familiares de sus pacientes y especialmente a este grupo vulnerable (Riquelme, et al., 2016).

Por otra parte, Heras (2017) realizó un estudio con el objetivo de identificar las características de un paciente que requiere mayor atención por parte de su médico, reconociéndose como un paciente vulnerable y al mismo tiempo definir cuáles son las características y la manera más próxima a un tratamiento especial ya sea para un adulto o un niño. En esta investigación, el autor realizó una recopilación de datos de once investigaciones, las cuales estuvieron relacionadas con la vulnerabilidad física o socioeconómica de adultos y niños. Consecuentemente, concluyó que el 30% en atención primaria de las consultas son generadas por pacientes "vulnerables", los

cuales según los criterios establecidos requieren atención integral con prioridad.

Además, los médicos de familia pueden otorgar una atención integral a los problemas personales o familiares que se encuentran con frecuencia en la población en general, ya que todas las familias sufren crisis inesperadas en la vida.

En el Ecuador se persigue mejorar el estado de salud de la población, por lo que actualmente se ha desarrollado un modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-IFC), el mismo que considera la prevención, accesibilidad y calidad de atención de los usuarios de este servicio a nivel nacional, lo que permite aumentar el grado de satisfacción de los usuarios. Bajo este escenario, Bernita y Balseca (2017) realizaron un estudio descriptivo y transversal con la finalidad de analizar el impacto en la calidad de satisfacción a los usuarios externos del sector de las Marianitas, del Área de Salud #16-Daule, de la provincia del Guayas, en relación con el cumplimiento y aplicación del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario. La población de estudio estuvo conformada por 28 personas del área administrativa y 32 del equipo de salud, además se encuestaron a 355 pacientes que acudieron al hospital.

Dentro de los principales resultados, se identificó que existe una relación entre el cumplimiento del MAIS-IFC y la satisfacción de los usuarios, donde destacan como puntos fuertes el aumento en la calidad técnica y humana del personal del primer nivel de atención con el 83%, relacionada con la amabilidad y respeto del personal auxiliar y enfermeras, cuya puntuación fue de 69.2%. En tanto que, la comunicación con el personal (nivel de información) tuvo un valor de 92.3%; no obstante, también se reconocieron quejas por la falta de medicina y la inexistencia de un inventario de mercadería (Bernita & Balseca, 2017).

Por otra parte, Vásquez (2017) realizó una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor y su relación con la depresión en los adultos mayores de la parroquia Llaqueo. La metodología empleada comprendió un estudio con enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo; además, se aplicó a los pacientes cuestionarios validados como el Apgar familiar, el WHOQOL-BREF y la escala geriátrica de Yesavage. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15 mediante frecuencias, porcentajes y el uso de la prueba chi cuadrado y el odds ratio con su intervalo de confianza del 95%. Se consideró resultados estadísticamente significativos a los valores de $p < 0.05$.

Con respecto a los resultados, se encontró un bajo promedio de calidad de vida en el área física $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$. Los adultos mayores presentaron una alta prevalencia de depresión con el 94,6%. Por otra parte, se identificó una mayor calidad de vida en los adultos mayores con mayor escolaridad, estado civil casado, ausencia de comorbilidades, ausencia de depresión y presencia de familia funcional. La percepción negativa está relacionada con la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y económicos; el autor concluyó que existe un promedio bajo de nivel de calidad de vida en los adultos mayores que influye en una alta prevalencia de depresión (Vásquez, 2017).

Del mismo modo, Mundaca, Estela y Chú (2019) realizaron un estudio con la finalidad de caracterizar la calidad de vida de un grupo de personas con discapacidad física. La investigación fue cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. La población estuvo constituida por un total de 405 personas, generando una muestra final de 100 sujetos, a quienes se les aplicó una encuesta. Dado los resultados

obtenidos, se identificó que dimensiones como las relaciones interpersonales, inclusión social y autodeterminación se encontraban dentro de la media considera, lo que representó una calidad de vida buena, a diferencia de las dimensiones derechos, bienestar material, físico y emocional. A pesar de esto, el 81% de las personas con discapacidad expresaron siempre estar motivados ante la realización de diferentes tipos de actividades; no obstante, el 58% manifestó presentar algunas veces cuadros de depresión y el 45% sentimientos asociados con la inseguridad e incapacidad.

Por otra parte, Gaviria, Amador, Herazo y Hernández (2019) desarrollaron un estudio con la finalidad de identificar la existencia de una relación entre la calidad de vida y el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad. El estudio fue de carácter correlacional con enfoque cuantitativo y transversal; se aplicó el cuestionario de calidad de vida asociado con la salud S-F36 a una población de 334 individuos. Dentro de los resultados obtenidos, se identificó que el rango etario predominante correspondió a las personas de 20 a 29 años, solteros y desempleados.

El 33.2% de las personas se caracterizaron por preservar una discapacidad leve y un alto nivel de funcionamiento, mientras que, el 29% expresó mantener una discapacidad severa y un bajo nivel de funcionamiento. De manera general, la calidad de vida total sostuvo una media de $55.8 \pm 21,2$ puntos, donde la dimensión de mejor comportamiento fue la salud mental, mientras que, la de menor valoración se orientó al criterio físico. Referente a la variable de funcionamiento, el dominio más valorado correspondió a las actividades diarias en tanto que, en el escenario negativo se ubicó el factor de relaciones. Los autores concluyeron que existe una relación inversa entre las variables de estudio, destacando la edad (Gaviria et al., 2019).

Finalmente, se integra el estudio de Rincón, Rocha, López y William (2018) cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida relacionada con la salud y sus determinantes en pacientes con lesiones físicas del extremo superior del cuerpo. La metodología aplicada correspondió a un estudio observacional y de corte transversal, empleando una muestra de 239 pacientes. Los resultados demostraron que el 72% perciben una mala calidad de vida asociada con la salud, específicamente en el factor físico y el 60% en la dimensión salud mental. Los factores que contribuyeron en el reconocimiento de este escenario fueron el dolor, las limitaciones físicas, el grado de instrucción, la discapacidad del hombro en el desarrollo de tareas manuales y la tenencia de cuidadores. Los autores concluyeron que, ante una percepción mayor de discapacidad en el hombro, las personas sostienen una percepción baja del estado de salud.

Marco Contextual

Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio”

El Estado ecuatoriano en la Constitución de la Republica aprobada en el año 2008 dispone el cumplimiento del derecho a la salud a través del ejercicio de otros derechos con la finalidad de lograr el buen vivir (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Bajo el mandato de la Constitución y la Ley Orgánica de la Salud, en el año 2008 el MSP creó un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que tiene como eje principal a la Atención Primaria en Salud (APS); con ello, el MSP (2013) hizo suya la siguiente definición de salud.

La salud como el pilar del desarrollo humano sostenible, entendiendo que el desarrollo de las comunidades que se enmarca en el cuidado de la salud y que, a

través de un enfoque de promoción y prevención, es posible alcanzar un desarrollo individual y colectivo que aspira el país (p. 16).

Los objetivos del milenio implementados dentro del MAIS, le dieron la oportunidad al país de mejorar la calidad del servicio en la salud pública (Ministerio de Salud Pública, 2013). Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos para instaurar este modelo, a nivel territorial se evidenció que los servicios eran inequitativos y de difícil acceso.

En consecuencia, el MSP en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una vida (SENPLADES, 2017), impulsó la consolidación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural a través de la implementación de la estrategia del “Médico del Barrio y su equipo Integral de Atención de Salud” la cual se enfocó en asegurar la equidad en el acceso de los servicios de salud con énfasis en grupos prioritarios/vulnerables. Además, promulgó la participación activa de la población en la generación de soluciones a los problemas de salud según la realidad local, mediante el involucramiento de los profesionales de los establecimientos de primer nivel en la comunidad. Como base para la implementación de esta estrategia, se realizó la clasificación de los grupos de atención como objetivo principal para el abordaje terapéutico y cuidado especial, esto con la finalidad de otorgar al médico una visión clara del esfuerzo terapéutico que debe aplicar (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Distrito 09d04 del primer nivel de atención

El 09d04 Febres Cordero – Salud se encuentra conformado por una amplia cartera de servicios, dentro de los cuales se destaca la admisión y atención al usuario, área de curaciones menores, medicina general, planificación familiar, pediatría, odontología,

ginecología, laboratorio clínico, rayos x, farmacia, terapia física, ocupacional y de lenguaje, entre otros. Esta dirección está estructurada por 15 unidades operativas que corresponden al centro de salud 28 de febrero, centro de salud El Cisne II, centro de salud Héroes del 41, centro de salud huerfanitos, centro de salud Indio Guayas y demás; cabe destacar que, únicamente en la dirección distrital hasta el 2019 se registraron un total de 109 profesionales de la salud (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Con respecto a la estrategia Médico de Barrio y su avance, hasta el año 2019 se identificaron un total de 40,939 atenciones domiciliarias a los grupos prioritarios, predominando las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (8,940), adultos mayores (7,914), niños menores de dos años que no integran aquellos con malnutrición (6,674), gestantes con o sin riesgos (4,773) y pacientes con discapacidad auditiva, visual, mental y física (4,706). En tanto que, en los grupos de atención vulnerable se identificaron 252 atenciones a personas con enfermedades crónicas descompensadas, 173 a mujeres embarazadas con riesgo y 164 a personas discapacitadas graves o con cuidados paliativos. Cabe resaltar que, durante el 2018, el distrito 09d04 Febres Cordero – Salud gestionó alrededor de 15,935 atenciones a personas con discapacidad; sin embargo, para el 2019 se identificó un incremento significativo del 117.8%, registrando un total de 34,711 atenciones (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Marco Legal

La Constitución del Ecuador incorporó una perspectiva de la discapacidad en la garantía de la igualdad y el reconocimiento de la dignidad. Las personas con discapacidad son reconocidas como sujetos de derechos, con igualdad de trato y de

oportunidades, siendo consideradas como una prioridad de la política pública, lo cual se traduce en la incorporación de este grupo poblacional en todas las políticas y leyes. La Constitución del Ecuador reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y de protección especial en virtud de su condición, determinando que todas las personas tienen derecho a la equidad ante la ley, la recepción de un trato y oportunidades igualatorias y a la no discriminación (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En el artículo 47 perteneciente a la sexta sección que alude a las personas con discapacidad, se evidencia que el Estado sustenta la responsabilidad de garantizar políticas de prevención acerca de las discapacidades en conjunto con la familia y la sociedad, procurando el desarrollo de un equilibrio de oportunidades para este grupo de personas. Cabe destacar que, los mismos gozan de una serie de derechos, donde los más destacados se centran en la recepción de una atención especializada en las organizaciones sanitarias públicas y privadas, incluyendo la entrega de medicamentos de modo gratuito. Asimismo, disponen de rebajas en los servicios de transporte y servicios públicos; preservan la garantía de trabajar en condiciones equitativas que favorezcan sus potencialidades y capacidades. Asimismo, el Estado asegura la tenencia de facilidades para el acceso de una vivienda, educación y atención psicológica adecuada (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Por otro lado, en el artículo 48 se reconoce que el Estado se encarga de adoptar medidas en favor de la población con discapacidad, esto con la finalidad de asegurar la inclusión social de los mismos a través de programas públicos o privados que fortalezcan su participación en el contexto económico, cultural, educativo, social y político. Dentro de este paradigma, la participación política garantiza la

representación de las personas con discapacidad ante la ley, impulsa la creación de proyectos para los familiares de esta agrupación y conduce al ejercicio pleno de validar todos sus derechos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

De igual forma, se destaca la Ley Orgánica de Discapacidades, cuyo objetivo se centra en proteger los derechos de las personas con discapacidad y garantizar su igualdad de oportunidades. Esta ley establece una serie de medidas para fomentar la integración social de las personas con discapacidad, garantizando su acceso a la educación, el empleo, la salud y otros servicios públicos. Además, también establece mecanismos de protección contra la discriminación y el abuso, así como sanciones para aquellos que violen los derechos de este grupo poblacional (Asamblea Nacional Constituyente, 2012).

La Ley Orgánica de Discapacidades es importante porque garantiza que las personas con discapacidad tengan acceso a los mismos derechos y oportunidades que las demás personas, además de que ayuda a reducir la discriminación y el abuso contra los mismos, promoviendo su integración social. En lo que respecta al derecho de la salud, en el artículo 19 de esta ley se determina que el Estado garantiza el acceso hacia los servicios de prevención, promoción, rehabilitación, atención especializada y habilitación integral de la salud de la persona con discapacidad dentro de las organizaciones de salud pública y privada que otorguen una atención con enfoque generacional, intercultural y de género (Asamblea Nacional Constituyente, 2012).

Capítulo III

Marco Metodológico

La importancia del planteamiento de un marco metodológico radica en la delimitación de un conjunto de métodos que garantizan que la investigación se fundamenta en una base sólida de evidencia. Estos procedimientos contribuyen en el éxito del proyecto, puesto que, representan los puntos críticos sobre los cuales se evidencia la realidad problemática, fundamentando elementos que conducen a su resolución, según el enfoque que el investigador desea aplicar.

Enfoque de la Investigación

El enfoque cuantitativo se define como una investigación científica de fenómenos donde el investigador manipula variables, observa y mide los resultados. Posteriormente, dichas mediciones se analizan para generar conclusiones sobre las relaciones entre las diferentes variables; la importancia de este enfoque reside en la oportunidad de desarrollar teorías, probar hipótesis y valorar el marco de causa y efecto de una problemática (Galeano, 2020).

Conforme lo establecido, el enfoque aplicado en el presente estudio fue el cuantitativo, proceso metodológico que permitió el uso de técnicas y métodos estadísticos centrado en el análisis de datos relacionados con la calidad de vida en pacientes con discapacidad. La aplicación de este enfoque permitió la cuantificación y medición de la realidad actual que perciben este grupo poblacional, aspecto que se desarrolló mediante el reconocimiento de frecuencias vinculadas con interrogantes específicas al tema de investigación.

Diseño de la Investigación

La investigación no experimental es aquella que no implica experimentación, esta puede tomar muchas formas diferentes, pero todas se ocupan de estudiar variables y sus relaciones sin llevar a cabo algún tipo de manipulación o control. Cabe resaltar que, este tipo de investigación puede ser cualitativa o cuantitativa; la investigación no experimental cualitativa a menudo toma la estructura de estudios de casos o investigación observacional, mientras que la investigación no experimental cuantitativa con frecuencia se basa en encuestas y análisis de datos (Guevara, Verdesoto, & Castro, 2020).

En el presente estudio, se aplicó el diseño de investigación no experimental, puesto que, se determinó la necesidad de reconocer la realidad actual que perciben las personas con discapacidad en cuanto a su calidad de vida. Esto se gestionó a través de la recolección de datos dentro de un marco natural, donde la investigadora únicamente se encargó de obtener la información excluyendo cualquier tipo de opinión que generara cambios en las perspectivas de los sujetos de análisis.

Alcance de la Investigación

El alcance descriptivo es un tipo de investigación que se utiliza para describir una población o un fenómeno social; por lo general, se utiliza para recolectar datos sobre un factor que es difícil de estudiar. Cabe mencionar que, existen muchas ventajas en el uso de la investigación descriptiva, una de ellas implica poder comprender una amplia gama de información, reconocer tendencias, desarrollar hipótesis para futuras investigaciones y generar nuevas ideas y puntos de vista de una problemática en específico (Niño & Mendoza, 2021).

En consecuencia, el proyecto en curso adoptó un alcance descriptivo, cuya finalidad se orientó a la caracterización de las particularidades que infieren en la calidad de vida de las personas con discapacidad. En este ámbito, se delimitaron aspectos relacionados con la autodeterminación del paciente, su bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, inclusiones sociales, entre otros, los cuales reflejan la existencia de un fenómeno problemático.

Tipo de Investigación

La investigación transversal es un estudio que analiza los datos de una población en un momento específico. Este tipo de inquisición se utiliza para comprender la prevalencia de un determinado fenómeno en un grupo poblacional; dentro de sus ventajas, se caracteriza por ser un estudio relativamente rápido y fácil de ejecutar. Además, se puede utilizar para estudiar un gran número de personas a la vez, convirtiéndose en una herramienta eficiente (Olstein, 2019).

Por consiguiente, el tipo de investigación aplicado fue transversal, debido que el estudio de la población se realizó en un momento determinado y por una sola vez, excluyendo la evolución de cualquier tipo de opinión que se presentara posterior al tiempo establecido para la recolección de datos. Bajo este criterio, se reconoce con eficacia la existencia de una problemática a fin de determinar estrategias de mejora.

Método de Investigación

La investigación deductiva es una metodología utilizada para llegar a una conclusión mediante la aplicación de un principio general a una instancia específica. Este tipo de investigación resulta importante porque permite probar hipótesis y llegar a resoluciones basadas en el razonamiento lógico. En síntesis, el método de

investigación deductivo se caracteriza por el hecho de que su naturaleza se fundamenta en encontrar consecuencias de una suposición o una diversidad de principios (Serrano, 2020).

En el presente estudio, se aplicó el método de investigación deductivo, puesto que, se realizó un análisis asociado con la calidad de vida desde un enfoque general que abarca múltiples sectores y diferentes contextos, lo cual se logra identificar en los modelos teóricos planteados y demás fundamentos relacionados con las variables de estudio hacia un entorno en particular que alude a las personas con discapacidad.

Población

Una población se define como un grupo de individuos que tienen algo en común; dentro de una investigación, la población puede ser toda la gente de un área determinada, relacionada con alguna enfermedad o con algún tipo de problema social (Robles, 2019). La población del presente estudio estuvo conformada por los pacientes con discapacidad que fueron atendidos en el 09D04 del primer nivel de atención en el año 2019 dado la ausencia de registros actuales. Dicho número abarcó un total de 30,366 personas, de los cuales, 8,218 fueron atendidos por primera vez y 22,148 se encontraban en controles con el personal de salud. Para este estudio, se consideró como población a los atendidos por primera vez, siendo las 8,218 personas.

Muestra

La muestra de investigación se define como el grupo de personas que el investigador planea estudiar; la forma en que se selecciona la muestra dependerá del tipo de estudio que se lleva a cabo (Gamboa, 2018). Para llevar a cabo el cálculo de la muestra, se empleó la siguiente fórmula de población finita.

$$n = \frac{N * Z^2 * q * p}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * q * p}$$

A continuación, se presenta una tabla donde se expone cada parámetro que forma parte de la fórmula empleada.

Tabla 2
Parámetros que conforma la fórmula de la muestra

Componentes	Significado	Valor
N	Población	Representa los 8,218 pacientes con discapacidad
Z	Valor de la tabla Z con intervalo de confianza 95%	1.96
p – q	Son las probabilidades de éxito y de fracaso	0.5 cada una
d	Es el máximo error muestral	5%

Posterior a la identificación de los parámetros de la fórmula, se procedió con el cálculo de la muestra, cuyos valores se presentan a continuación.

$$n = \frac{8,218 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{1.96^2 * (8,218 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 367$$

En consecuencia, se obtuvo una muestra de 367 personas, a las cuales se dirigió la encuesta.

Muestreo

En este ámbito, se destaca el muestreo probabilístico, que según Grove y Gray (2019) es un método en el que las muestras se seleccionan de una manera basada en la probabilidad. Esto significa que las posibilidades de que se seleccione una unidad en particular no se conocen de antemano. Por consiguiente, este método se adoptó en

el presente estudio, puesto que, la investigadora realizó la selección de la muestra fundamentada en un juicio aleatorio.

Dentro de este ámbito, se integra el muestreo aleatorio simple que se define como un proceso en el cual, todas las personas tienen probabilidades de formar parte de la investigación (Latorre, Del Rincón, & Arnal, 2021). En consecuencia, para la presente investigación se aplicó el muestreo aleatorio simple, debido que se encuestó a los pacientes con discapacidad que fueron atendidos por la estrategia Médico del Barrio de forma aleatoria.

Técnica e Instrumento

La encuesta se define como una técnica de investigación que se utiliza para recopilar datos de una muestra de personas, permitiendo indagar aspectos relacionados sobre un tema en particular (Katz, Seid, & Abiuso, 2019). El presente estudio se caracteriza por el empleo de una encuesta, cuya importancia al ser empleada radica en la oportunidad de obtener información específica y valiosa sobre la percepción de la calidad de los pacientes con discapacidad.

Por otro lado, se destaca como instrumento de la encuesta el cuestionario, que según Martínez (2020) se define como un conjunto de preguntas escritas que se emplean para la recolección de información otorgada por las personas. El cuestionario empleado corresponde a la evaluación de la calidad de vida bajo la escala San Martín, misma que fue creada bajo los fundamentos de otras escalas, tales como la integral, FUMAT, GENCAT, entre otras. Este instrumento se encuentra conformado por 95 ítems, divididos en ocho dimensiones que aluden a la autodeterminación, bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material,

derechos, desarrollo personal, inclusión social y relaciones interpersonales, con un Alfa de Cronbach de 0.97 (Hierro, Verdugo, Gómez, Fernández, & Cisneros, 2015).

No obstante, para fines prácticos del presente estudio, el cuestionario empleado estuvo constituido por un total de 45 preguntas, segmentadas en ocho dimensiones que corresponden a la autodeterminación (1 - 6), bienestar emocional (7 - 13), bienestar físico (14 - 23), bienestar material (24 - 30), derechos (31 - 33), desarrollo personal (34 - 36), inclusión social (37 - 40) y relaciones interpersonales (41 - 45). El instrumento se encuentra valorado por una escala de Likert de cuatro opciones que son: N = “Nunca”, AV = “Algunas veces”, F = “Frecuentemente” y S = “Siempre”. Adicional, se integran interrogantes que indagan los aspectos clínicos y sociodemográficos de los pacientes, esto mediante factores como la edad, el sexo, estado civil, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, el reconocimiento de las personas que le brindan apoyo, el tipo y grado de discapacidad, en conjunto con la situación laboral.

Para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con discapacidad, se destaca el uso de los siguientes baremos, mismos que exponen el nivel de calidad de vida de las personas según los puntajes obtenidos de la encuesta.

Tabla 3
Baremos para determinar el nivel de vida

Nivel	Puntaje
Alto	121 - 180 puntos
Medio	61 - 120 puntos
Bajo	1 - 60 puntos

Operacionalización de Variables

Tabla 4
Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensiones	Ítems	Escala
Variable independiente: Pacientes con discapacidad	Personas que tienen una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que les impide llevar a cabo una serie de actividades de la vida diaria de forma independiente o que les dificulta hacerlo de manera significativa	Aspectos sociodemográficos	1 - 7	18 – 30 años
				31 – 40 años
				41 – 50 años
				Más de 51 años
				Masculino
				Femenino
				Soltero
				Casado/unido
				Viudo
				Separado
				Educación primaria
				Educación secundaria
				Educación universitaria
				Sin estudios
				Alto
				Medio – Alto
				Medio
				Medio – Bajo
				Bajo
				Familia
				Amigos
				Personal de salud
				Otro

			Empleado público/privado Desempleado Jubilado Nunca ha trabajado	
			Discapacidad intelectual Discapacidad física Discapacidad auditiva Discapacidad visual Discapacidad psicosocial	
	Aspectos clínicos	8 – 9	Del 20 al 29% Del 30 al 49% Del 50 al 74% Del 75 al 84% Del 85 al 100%	
Variable dependiente: Calidad de vida	La calidad de vida se define como el bienestar general de un individuo o grupo, teniendo en cuenta los factores físicos, mentales y sociales (Discoli & San Juan, 2021).	Autodeterminación	1 – 6	Nunca Algunas veces Frecuentemente Siempre
		Bienestar emocional	7 – 13	
		Bienestar físico	14 – 23	
		Bienestar material	24 – 30	
		Derechos	31 – 33	
		Desarrollo personal	34 – 36	
		Inclusión social	37 – 40	
		Relaciones interpersonales	41 – 45	

Procesamiento de Datos

La estadística descriptiva es una rama de las matemáticas que se ocupa de describir datos; esto incluye encontrar patrones, relaciones y otra información sobre un conjunto de información. Por lo general, la estadística descriptiva se emplea continuamente para resumir información y encontrar relaciones entre diferentes variables (Molina, 2018). En el presente estudio, se empleó la estadística descriptiva con la finalidad de analizar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención. Esto se realizó a través de la recolección, almacenamiento, clasificación y organización de la información obtenida en tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.

Cabe mencionar que, las tablas de frecuencias representan una forma de un registro ordenado de los datos obtenidos, permitiendo la tenencia de frecuencias absolutas y relativas de los mismos (Escobar, Mayoral, Pastor, & Ruiz, 2020). En tanto que, los gráficos estadísticos constituyen un método que permite al investigador visualizar, procesar y realizar juicios de valor sobre las variables de estudio según las escalas de valoración contempladas (Gaviria & Márquez, 2019). Conforme los constructos teóricos analizados, en el presente estudio se emplearon tablas de frecuencia orientadas al análisis cuantitativo de las opiniones emitidas por los pacientes a través de la encuesta; mientras que, el uso de los gráficos estadísticos permitió a la investigadora visualizar datos en forma de esquemas (pasteles), con la finalidad de analizar la información y ejecutar comparaciones.

Resultados

Datos demográficos

Del total de los participantes, el 55.3% evidenció pertenecer al género femenino; mientras que, el 44.7% al grupo masculino. Esto demuestra que, entre los pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención, mayoritariamente recae en el grupo femenino.

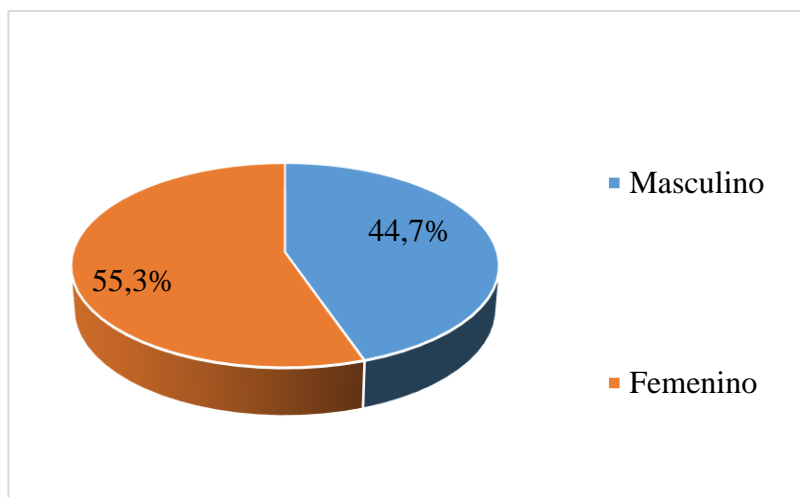


Figura 1. Género

Con respecto al rango etario, los encuestados evidenciaron oscilar en un 40.6% más de 51 años, seguido del 31.3% de 31 a 40 años, después el 15.5% entre 41 a 50 años; mientras que, el 12.5% de 18 a 30 años. Ante el anterior contexto, se muestra que los usuarios con discapacidad recaen en el intervalo de edad mayor a 51 años.

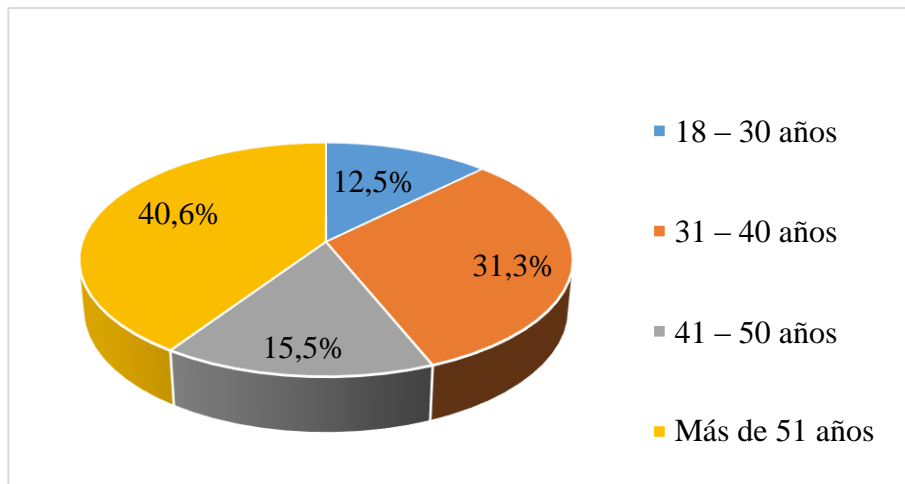


Figura 2. Edad

En cuanto al estado civil, el 39.8% expresó estar casado/unido, posteriormente el 28.3% manifestó estar separado, seguido del 25.9% como soltero y, finalmente, el 6% como viudo. Con todo lo antes mencionado, se evidencia que los pacientes poseen un estado civil casado/unido.

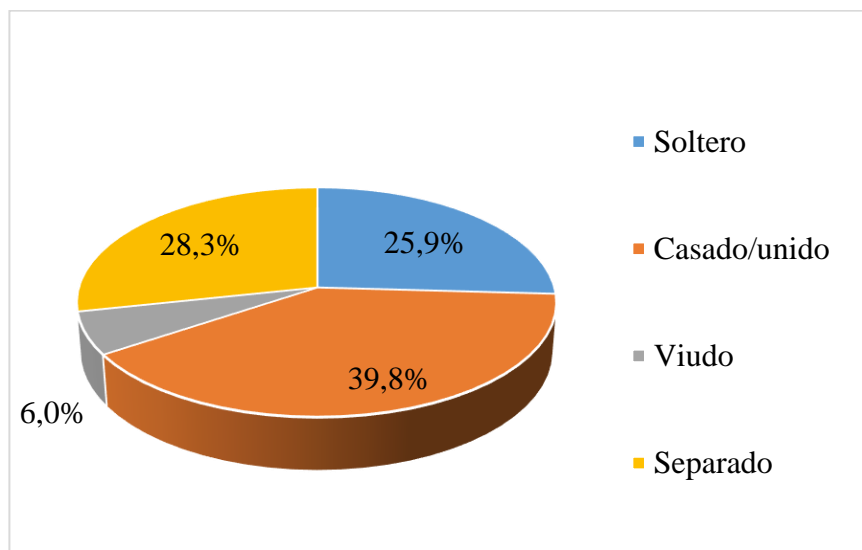


Figura 3. Estado civil

Por otro lado, el nivel de educación el 47.7% posee instrucción primaria, seguido del 27.8% hacia la educación secundaria, después un 12.5% instrucción universitaria

y; por último, el 12% no posee estudio alguno. Con esos datos recabados, se demuestra que este grupo mayoritariamente se encuentra en un nivel académico primario.

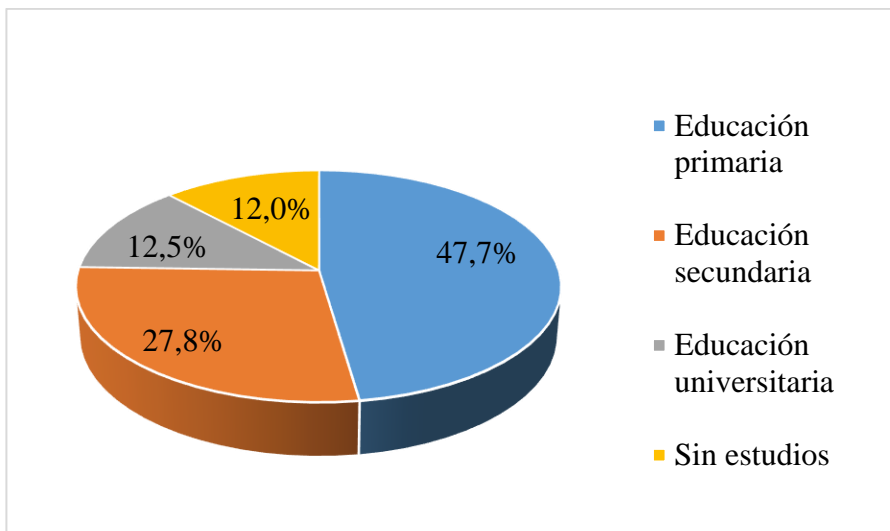


Figura 4. Nivel de educación

Sobre la consulta de la premisa nivel socioeconómico, el 49.9% de los encuestados manifestaron que poseen un rango bajo, el 31.3% en un intervalo medio y, finalmente, el 18.8% una tasa media-baja. Lo anterior alude, a la importancia que se le debe brindar a este grupo vulnerable, sobre todo por su economía.

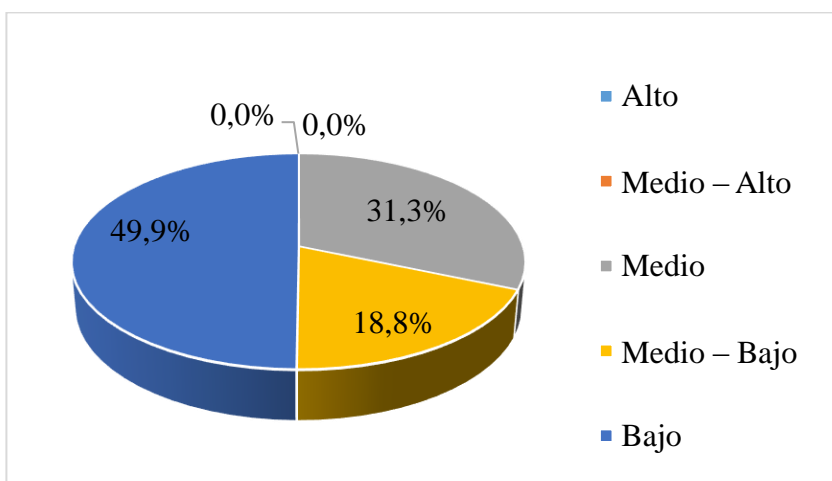


Figura 5. Nivel socioeconómico

6. Personas que le brindan apoyo (Puede seleccionar más de una)

Al respecto, el 97% expresó que la familia es su principal fuente de apoyo, el 21.8% eligió al personal de salud, el 6.5% optó por las amistades, el 2.2% hacia otro grupo de interés. Con más énfasis, las personas que más apoyo brindan a este grupo recae en la familia.

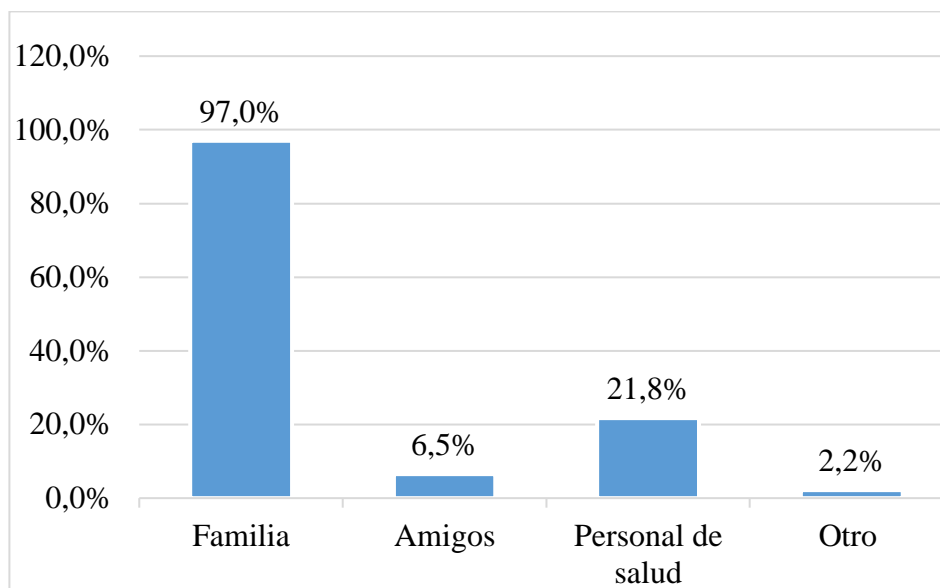


Figura 6. Personas que brindan apoyo

7. Situación laboral

Se observó que la situación laboral de los participantes se encuentra en un 74.1% a desempleados, el 15.5% como empleado público/privado, el 9.5% pertenece al grupo de jubilado, culminando en un 0.8% al autoempleado.

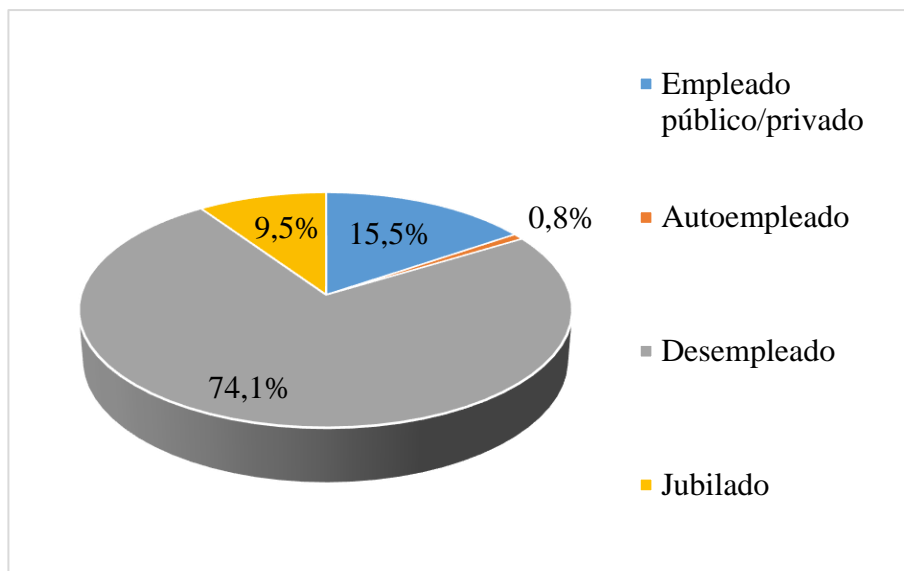


Figura 7. Situación laboral

8. Tipo de discapacidad (Puede seleccionar una o varias opciones)

El 66.5% manifestó tener una discapacidad física, el 13.6% una discapacidad intelectual, el 7.1% una discapacidad visual, el 6.8% auditiva; mientras que, el 6% una discapacidad psicosocial. Determinando que, mayoritariamente el tipo de discapacidad en este grupo suele ser física.

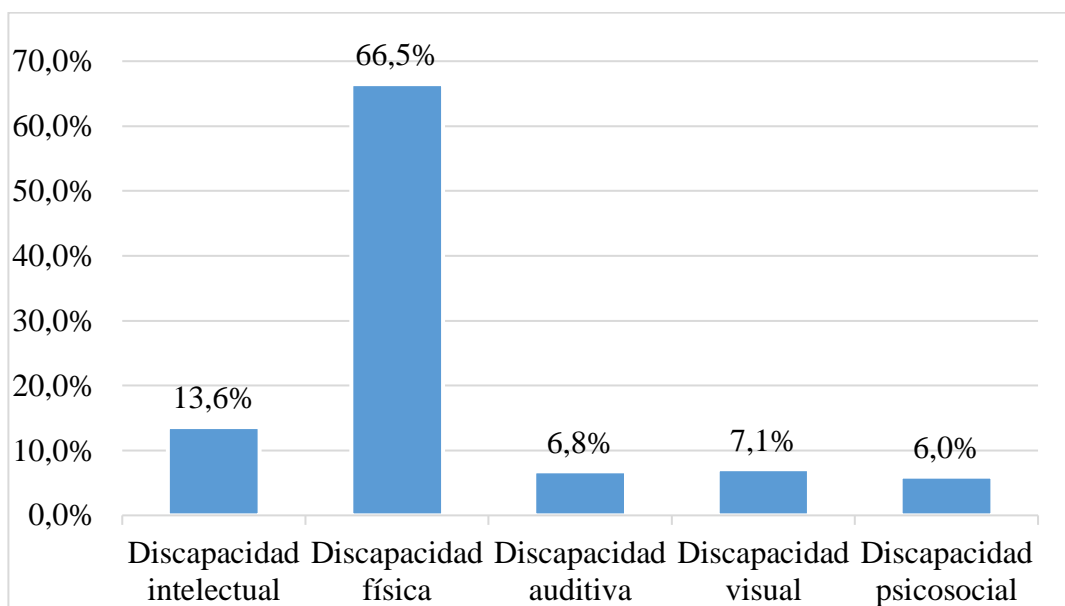


Figura 8. Tipos de discapacidad

9. Grado de discapacidad

El 25.6% de los participantes denotaron que su grado de discapacidad oscila en un 75 al 84%, seguido del 25.1% entre un 50 al 74%, el 24.5% del 30 al 49%, el 18.5% del 85 al 100% de minusvalía, culminando, en un 6.3% del 20 al 29%. Todo lo antes mencionado, permitió identificar una tasa mayoritaria del 75 al 84% de incapacidad.

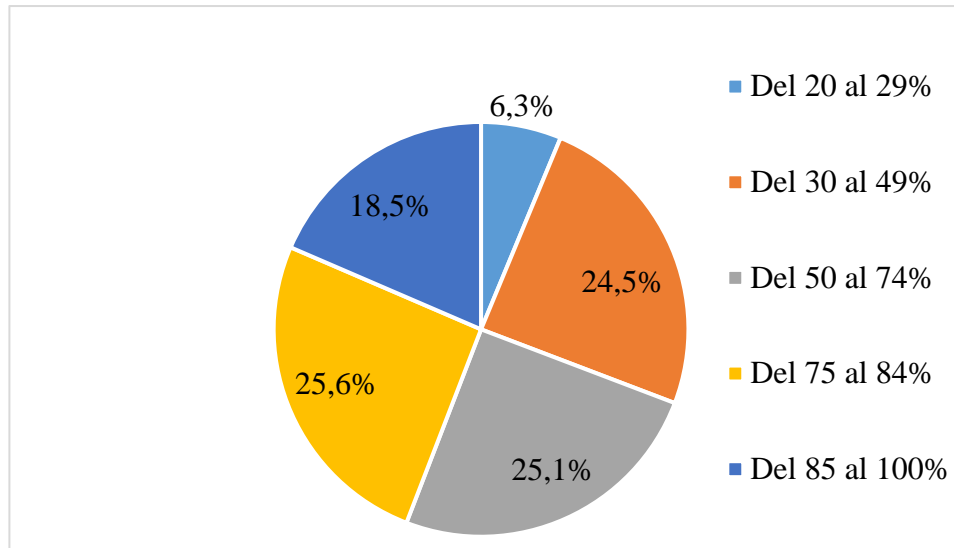


Figura 9. Grado de discapacidad

Autodeterminación

1. Las personas que le proporcionan apoyo tienen en cuenta sus preferencias y elecciones

Del total de encuestados, el 50.4% dijo estar frecuentemente con las personas que le brindan apoyo en cuanto a sus preferencias y elecciones, el 29.4% algunas veces, el 15.8% nunca y, finalmente, el 4.4% siempre. La población posee una tendencia de apoyo según sus necesidades, lo cual juega un papel positivo en su discapacidad.

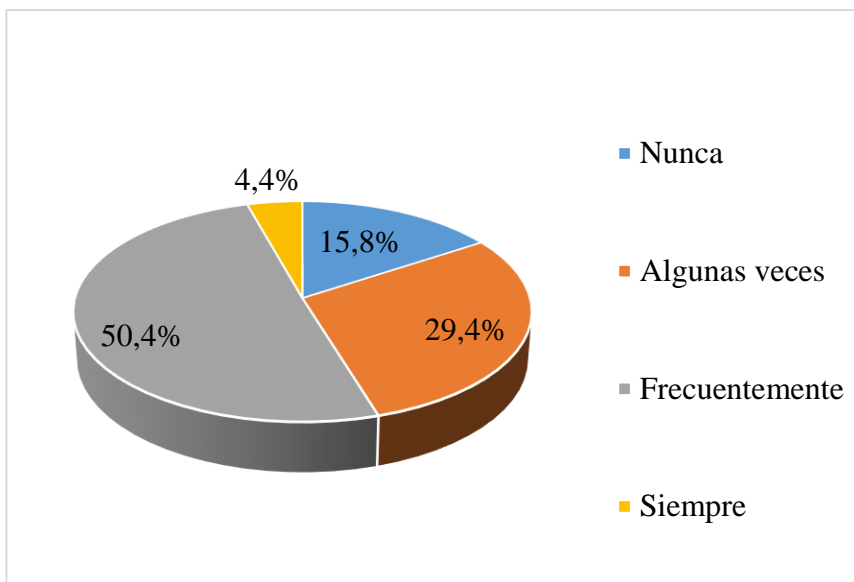


Figura 10. Personas que brindan apoyo a preferencias

2. El personal del centro respeta sus decisiones

Entre los participantes, el 44.1% expresó que frecuentemente el personal del centro respeta sus decisiones, el 28.6% algunas veces, el 24.5% siempre, culminando en un 2.7% como nunca. En consideración al presentar constantemente apoyo y respeto en sus decisiones este grupo llega a sentir confianza y seguridad.

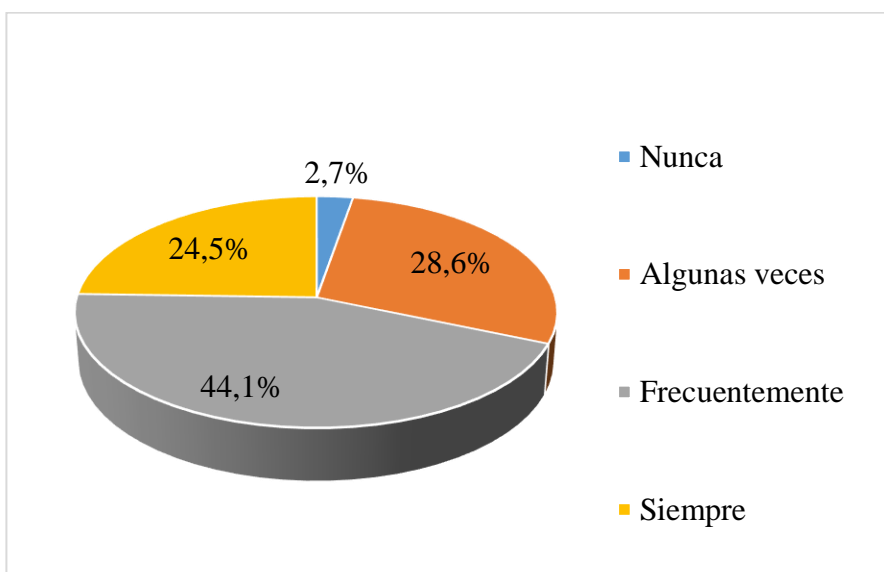


Figura 11. Personal y decisiones

3. Elige cómo pasar su tiempo libre

El 44.4% sostuvo que frecuentemente escoge como pasar su tiempo libre, el 40.3% algunas veces, el 11.2% como nunca y el 4.1% inclinado al siempre. En resumen, este grupo vulnerable se centra mayoritariamente en elegir su tiempo libre representado como algo positivo en cuanto a su condición de salud.

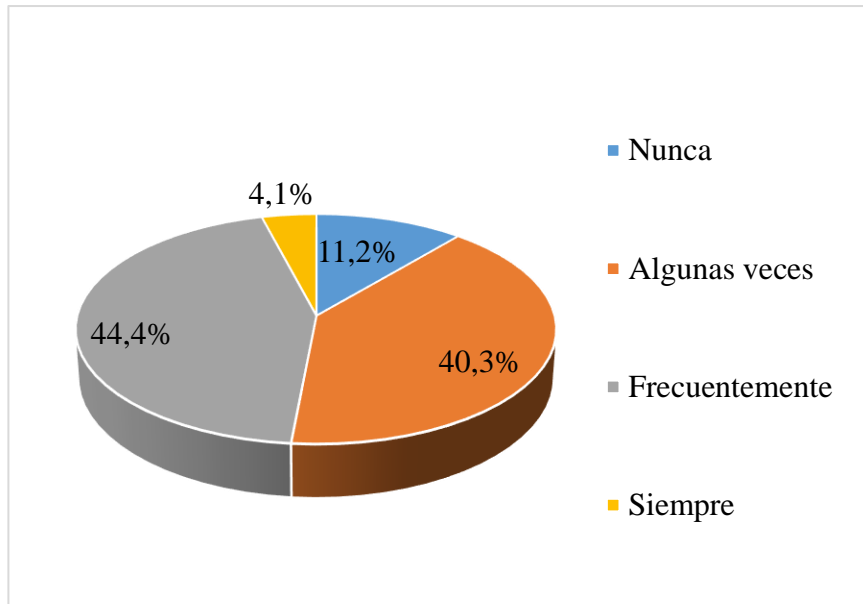


Figura 12. Tiempo libre

4. Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud (ej. participar en una actividad de ocio, irse a la cama a una hora determinada, ponerse la ropa que otros le eligen)

En cuanto a la siguiente premisa, el 46.9% frecuentemente posee oportunidades para negarse a realizar actividades pocas atractivas para su salud, el 37.6% algunas veces, el 12% como nunca y el 3.5% siempre. En resumen, gran parte de los pacientes deciden el tipo de actividad que prefieran, sin que sea impuesta por el personal del centro.

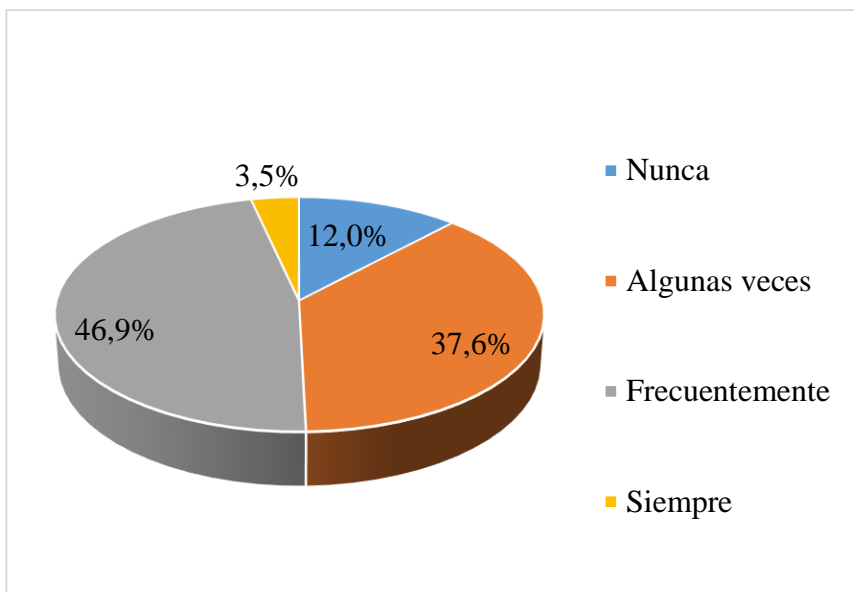


Figura 13. Oportunidades para actividades

5. Se le proporciona apoyo que tiene en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias (estar solo/a o en grupo, lugares en los que estar, tiempo, ritmos)

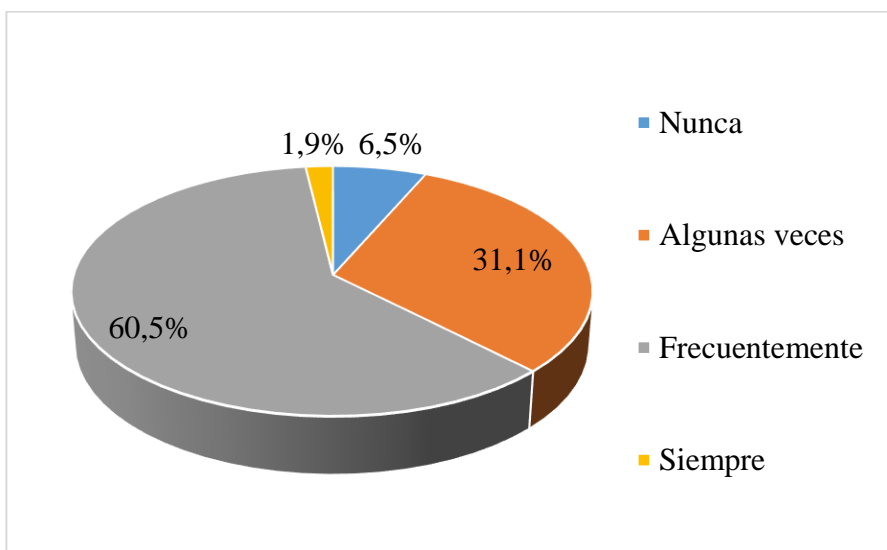


Figura 14. Apoyo a deseos

El 60.5% de los encuestados frecuentemente se le brinda apoyo en torno a sus necesidades, deseos y preferencias; es decir, estar solo/a en grupo o espacios, el 31.1% hacia algunas veces, el 6.5% como nunca y el 1.9% siempre. En conclusión,

gran parte brindó una opinión positiva en cuanto al apoyo acerca de sus gustos, necesidades o requerimientos.

6. Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias

Con respecto a la siguiente premisa el 46.9% opinó que frecuentemente posee un programa diario de actividades conforme a sus preferencias, el 36.5% algunas veces, el 16.6% nunca y el 2.7% siempre. En contexto, existe un porcentaje alto que generalmente accede a programas de actividades recreativas o dinámicas conforme a sus deseos o preferencias.

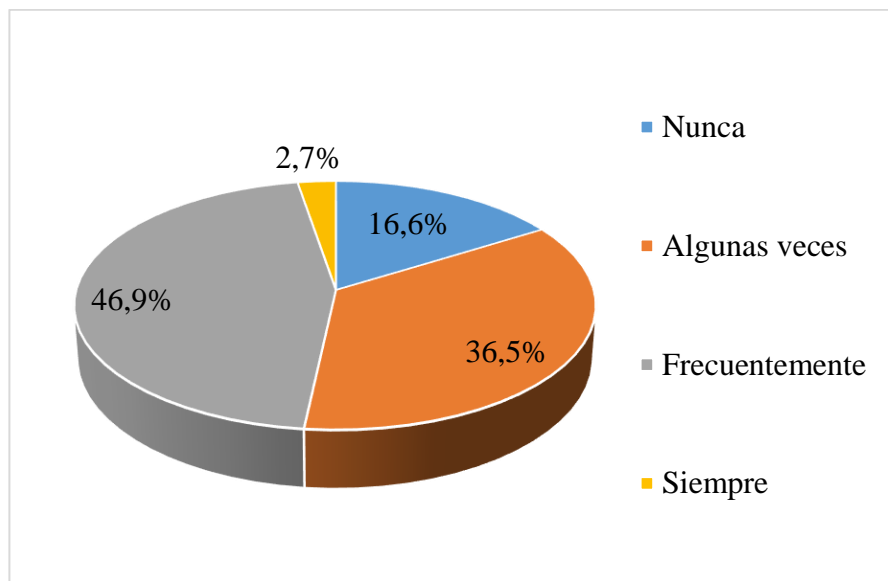


Figura 15. Programa diario de actividades

Bienestar emocional

7. Las personas que le proporcionan apoyo disponen de un listado de conductas observables que expresan sus estados emocionales

Del total de los participantes, el 36.8% manifestó que frecuentemente las personas que le brindan apoyo disponen de un listado de conductas observables evidenciando sus estados emocionales, en cambio el 35.7% se inclinó al algunas veces, seguido del 27.5% como nunca. En conclusión, existe un grupo alto que opinó que, sí se

preocupan por sus estados emocionales, deduciendo en un indicador positivo que brinda mejores alternativas rehabilitadoras para la salud del paciente.

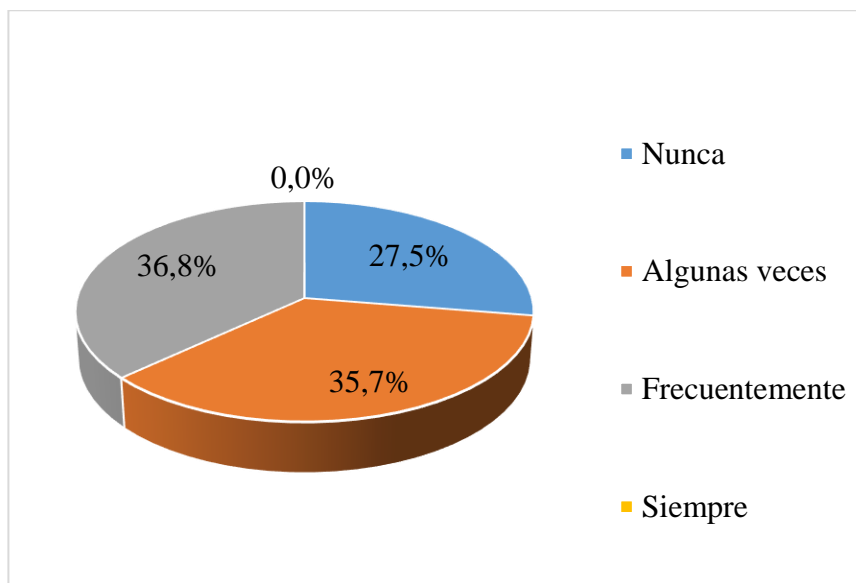


Figura 16. Listado de conductas observables emocionales

8. Las personas que le proporcionan apoyo conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional

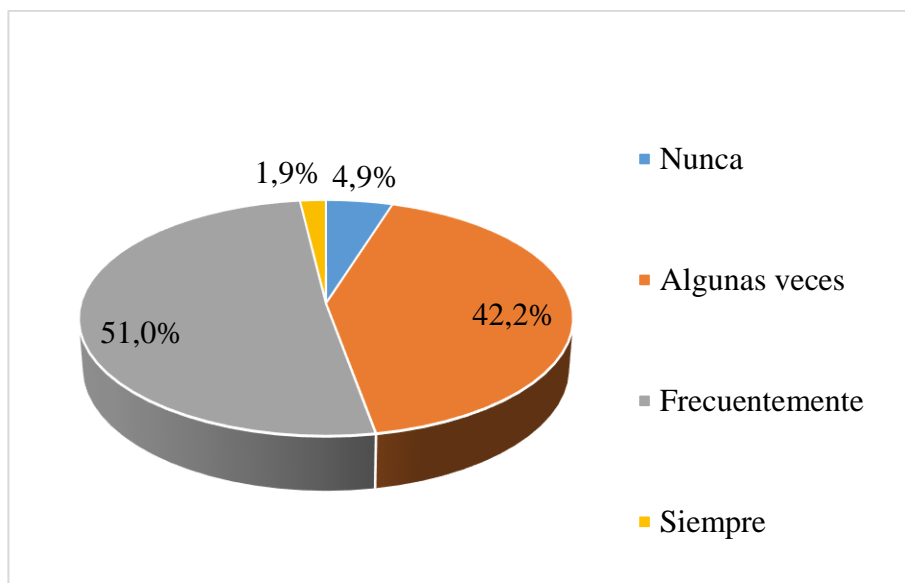


Figura 17. Conocimiento de expresiones individuales

El resultado mayor incurrió en un 51% expresando que las personas frecuentemente conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional, algunas veces con el 42.2%, nunca con el 4.9% y siempre con el 1.9%. En contexto, las personas brindan un apoyo alto en cuanto al bienestar emocional.

9. Las personas que le proporcionan apoyo conocen sus expresiones individuales de angustia

De acuerdo con la premisa sobre si las personas brindan apoyo a sus expresiones individuales de angustia el 59.9% respondió que frecuentemente es proporcionado, seguido del 31.6% algunas veces, el 5.2% nunca y el 3.3% siempre. Finalmente, es evidente que un grupo mayoritario proporciona ayuda a situaciones de angustia a los pacientes con discapacidad del centro.

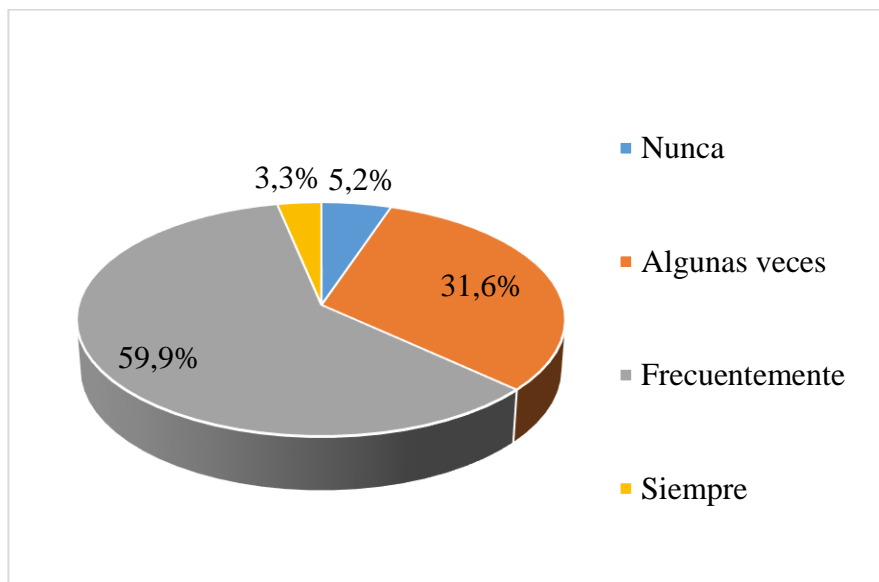


Figura 18. Apoyo a expresiones de angustia

10. Las personas que le proporcionan apoyo conocen cómo expresa sus deseos

Con una postura de frecuentemente el 59.4% opinaron que las personas que le brindan apoyo conocen cómo expresa sus deseos, algunas veces en un 31.6%, nunca

en un 6.8% y siempre en un 2.2%. En conclusión, gran parte recibe ayuda en torno a la expresión de sus deseos.

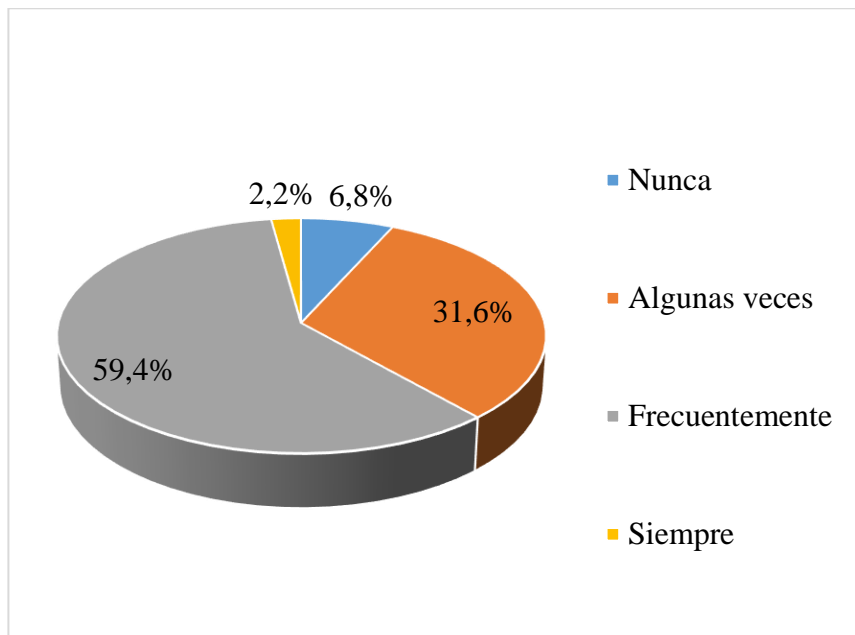


Figura 19. Apoyo a expresión de deseos

11. Las personas que le proporcionan apoyo ponen atención a las expresiones faciales, miradas y dirección de la vista, voz, tensión muscular, postura, movimiento y reacciones fisiológicas

El 57.5% expresó que, frecuentemente las personas le brindan apoyo en cuanto a la atención de las expresiones faciales, miradas, voz, posturas, entre otros criterios, el 32.4% algunas veces, el 7.6% nunca y el 2.5% inclinado hacia el siempre. Es decir, el personal del programa generalmente proporciona apoyo a las diferentes expresiones de los pacientes, ya sea facial, postura, fisiológicas y demás.

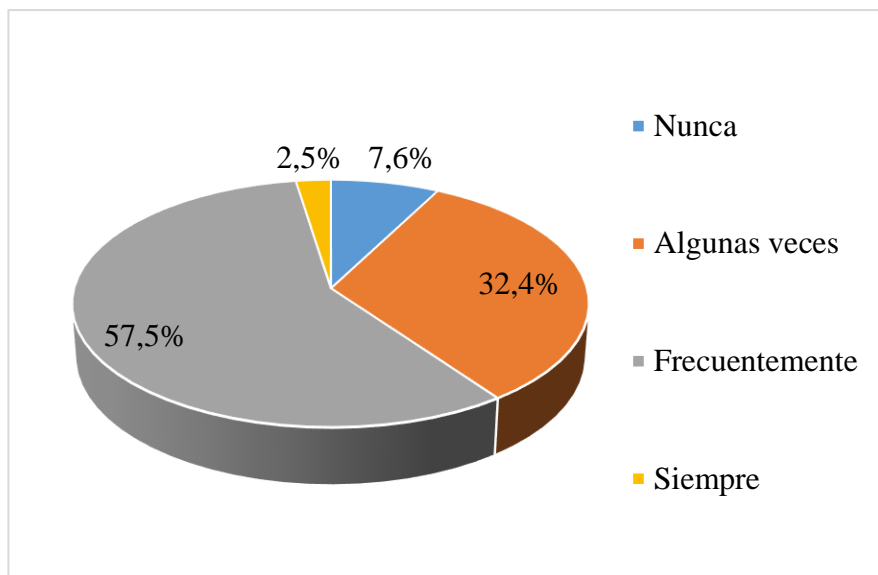


Figura 20. Apoyo a expresiones faciales

12. Se le proporcionan pautas y consejos específicos para ayudar a controlar sus conductas

El 59.9% indicó que, frecuentemente se le brinda pautas y consejos puntuales para ayudar a monitorear conductas, el 35.4% a veces, el 2.5% nunca y el 2.2% siempre. En general, hay un consenso alto sobre el apoyo a las conductas a través de consejos y lineamientos.

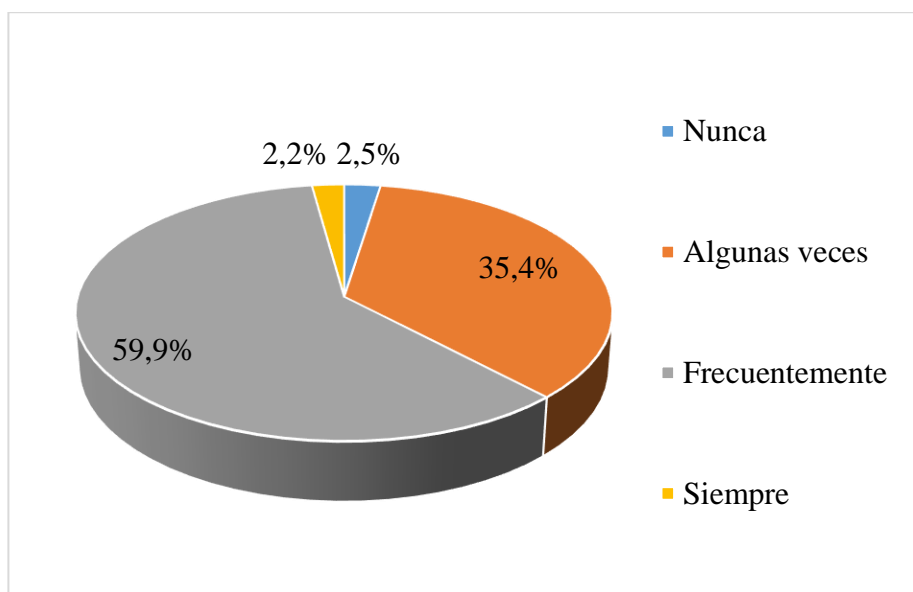


Figura 21. Pautas y consejos

13. Se le proporciona cariño, afecto y contacto físico apropiados cuando los necesita

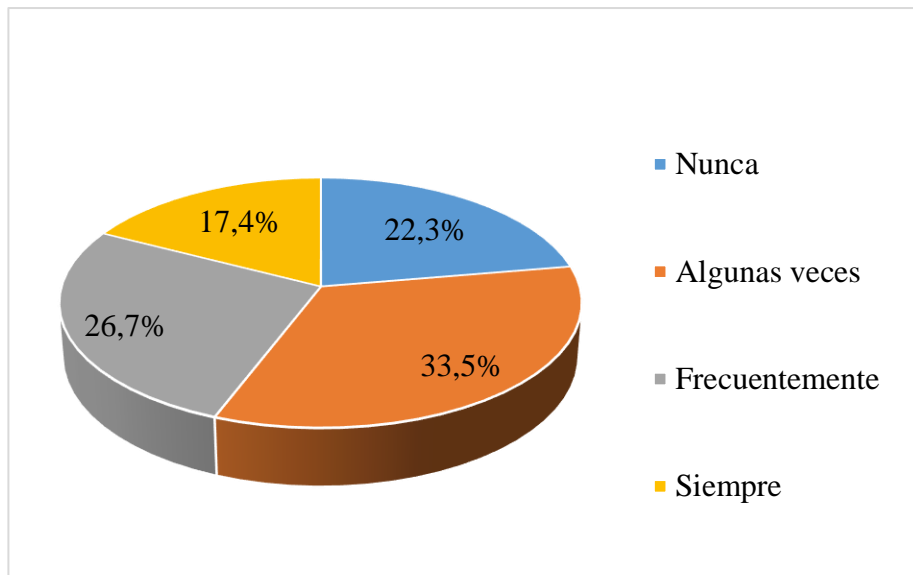


Figura 22. Afecto, cariño y contacto físico

Con respecto a la interrogante de brindar cariño, afecto y contacto adecuado cuando lo requiera el 33.5% expresó que, algunas veces es percibido, el 26.7% frecuentemente, seguido del 22.3% nunca y, culminando, en el 17.4% como siempre. En síntesis, es necesario enfocarse en los criterios antes identificados a fin de brindar mejores alternativas de apoyo a este grupo de pacientes con discapacidad, mejorando cada aspecto y que se vea reflejado en su calidad de vida.

Bienestar físico

14. Tiene una dieta adaptada a sus características y necesidades

Del total de los participantes un 47.1% opinó que, frecuentemente posee una dieta adaptada a sus necesidades, seguido del algunas veces representado por el 44.7%, después el 7.6% como nunca y el 0.5% hacia el siempre. Deduciendo que, la

preocupación por la dieta según sus características es alta, por ende, incurre en una alta satisfacción en este grupo.

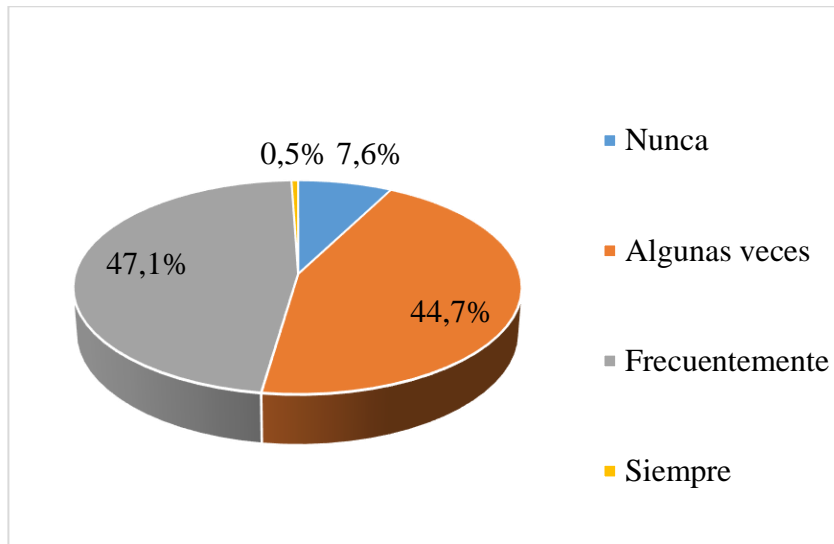


Figura 23. Dieta adaptada

15. Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades

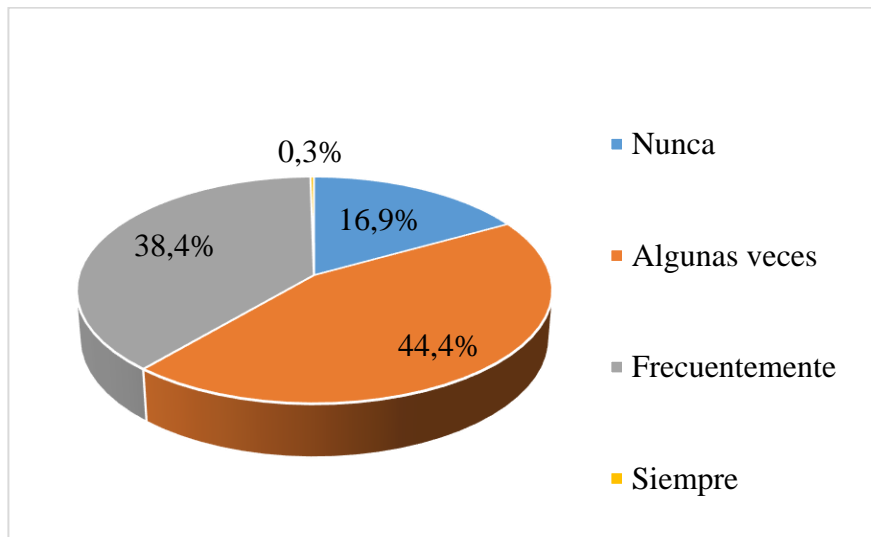


Figura 24. Actividades y ejercicios físicos

Los encuestados manifestaron en un 44.4% que algunas veces realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades, el 38.4% frecuentemente, el 16.9% nunca y cerrando en el siempre con un 0.3%. En síntesis, es necesario el enfoque de estrategias que incluyan actividades dinámicas que, a su vez, se vean reflejada en la salud del paciente.

16. Toma la cantidad de comida y líquidos aconsejada para mantener un buen estado de salud

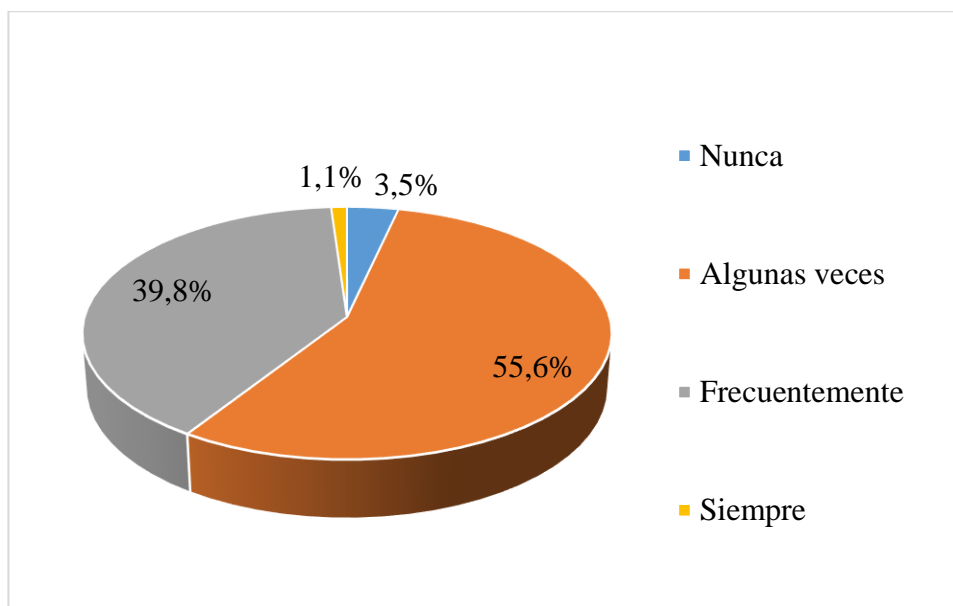


Figura 25. Ingesta alimenticia

El 55.6% aseguró que, algunas veces ingiere la cantidad de comida y líquidos recomendada para mantener un buen estado de salud, el 39.8% frecuentemente, el 3.5% nunca y el 1.1% siempre consume lo aconsejado. Finalmente, es importante que se emplee un plan a fin de mejorar la ingesta de alimentos que mantenga un estado de salud adecuado.

17. Tiene una adecuada higiene (ej. dientes, pelo, uñas, cuerpo) e imagen personal (ej. ropa adecuada para su edad, para la ocasión, etc.)

El 53.1% de los participantes manifestaron que, frecuentemente posee una adecuada higiene e imagen personal, el 41.1% algunas veces, el 2.7% siempre y el restante del 3% como nunca. En general, la población analizada aplica una buena higiene; por ende, es indispensable fomentar campañas que giren en torno a este patrón.

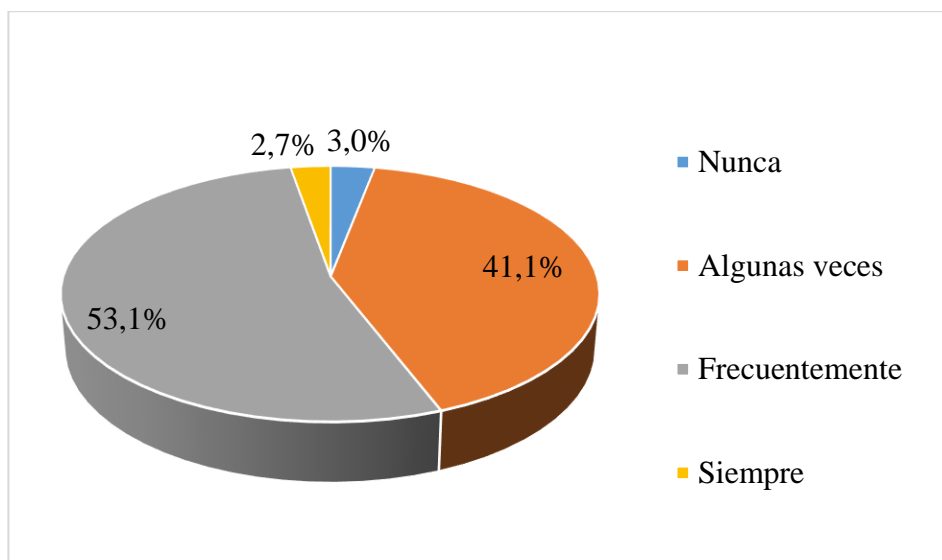


Figura 26. Higiene e imagen personal

18. Se mueve por diferentes espacios (interiores y exteriores)

El 54.8% expresó que, frecuentemente se mueve por distintos espacios, el 40.9% hacia algunas veces, el 2.5% nunca y el 1.9% siempre. En resumen, gran parte de los participantes concuerdan que posee libertad para moverse en distintos lugares sean interiores o exteriores.

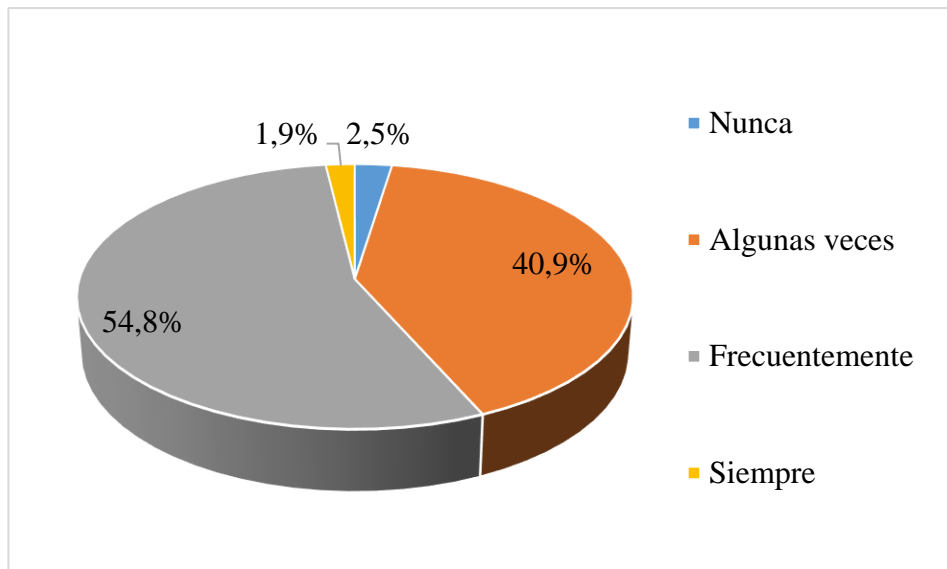


Figura 27. Movimiento en distintos espacios

19. Se toman medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados de discapacidades físicas (ej. espasticidad, rigidez, deformidad, etc.)

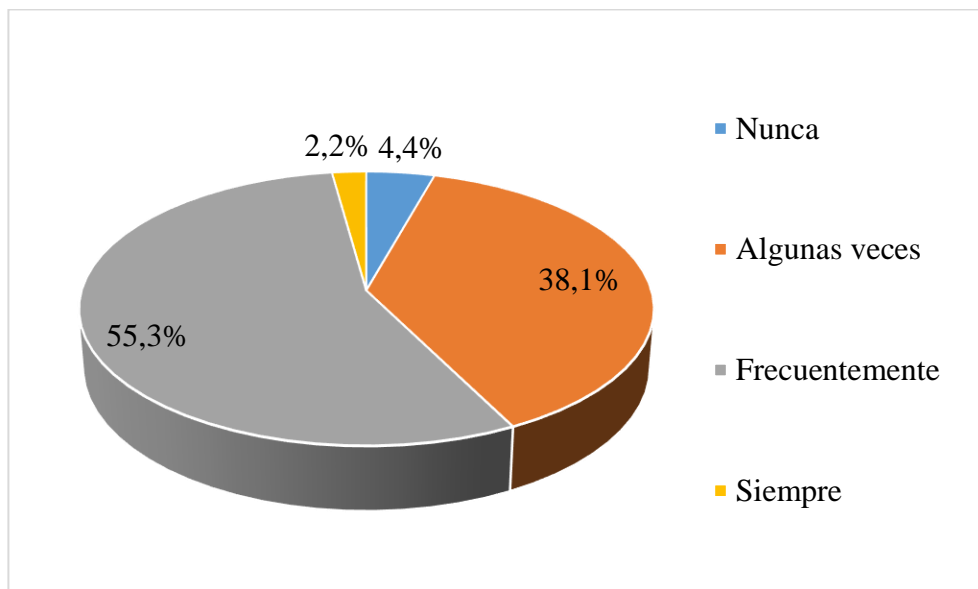


Figura 28. Medidas

Por otra parte, el 55.3% de los encuestados opinaron que, frecuentemente se toman medidas puntuales para prevenir problemas derivados de discapacidades físicas,

seguido del 38.1% hacia algunas veces, el 4.4% como nunca y, finalmente, el 2.2% siempre. En síntesis, la población estudiada manifiesta que el centro aplica normativas específicas a fin de evitar futuros problemas en torno a la incapacidad física.

20. Se toman medidas específicas en relación con su movilidad para estimular su independencia

El 52.6% de los participantes expresaron que, frecuentemente se estiman medidas puntuales en torno a la movilidad para estimular su independencia, el 42.8% representó al algunas veces, el 3.3% como nunca y el 1.4% como siempre. Por último, dado los resultados es importante difundir los mismos al resto de los pacientes a fin de brindar apoyo a la calidad de vida de este grupo.

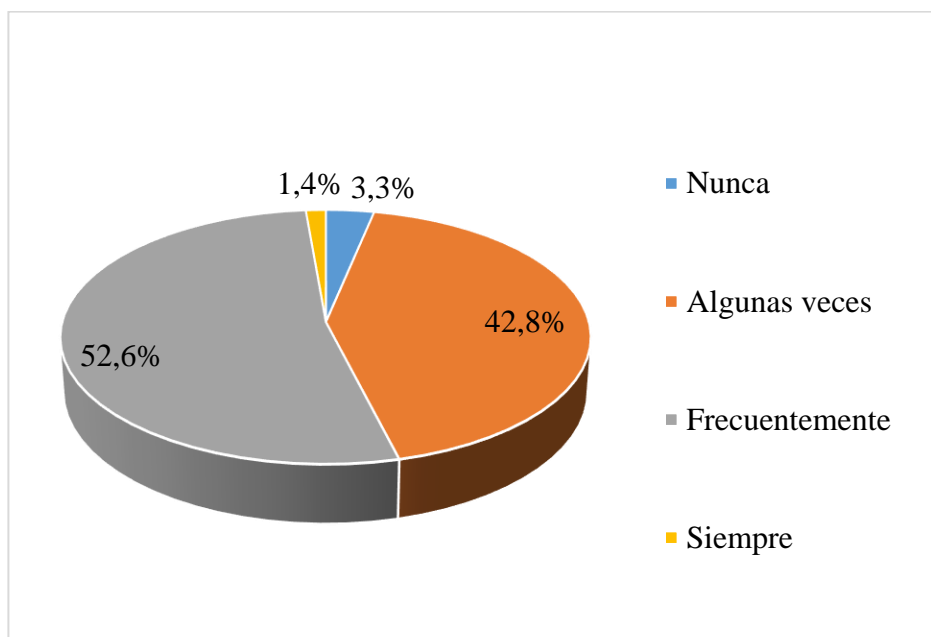


Figura 29. Movilidad independiente

21. Se toman medidas específicas para prevenir o tratar el dolor

El 55.9% argumentó que, frecuentemente consideran medidas para tratar el dolor,

seguido del 40.3% en algunas veces, el 2.5% nunca y el 1.4% siempre. Ante tales aseveraciones, es necesario promover dichos lineamientos a fin de que todos estén involucrados en dicha rehabilitación.

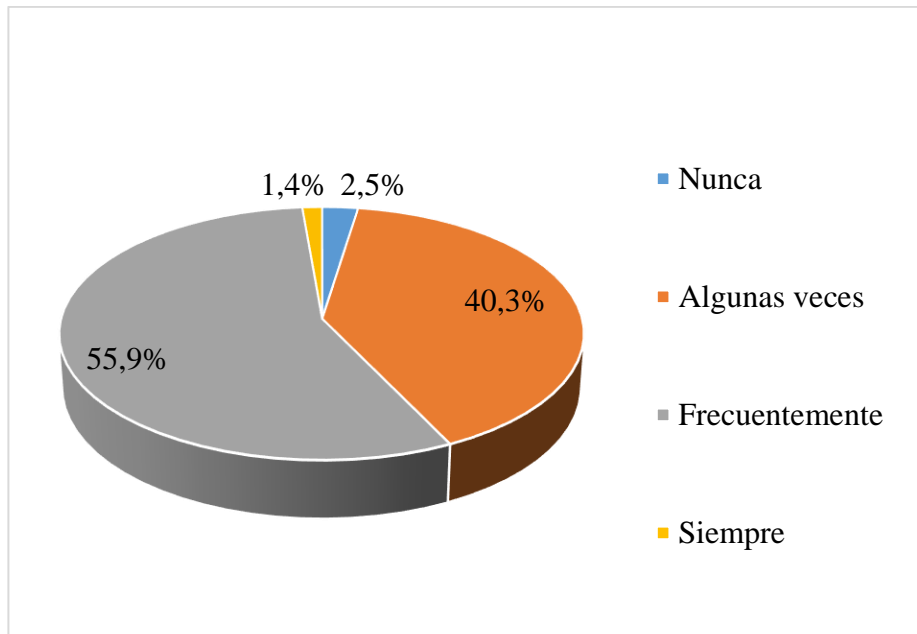


Figura 30. Medidas para prevenir el dolor

22. Se presta especial atención al diagnóstico y el tratamiento de las discapacidades sensoriales que pueda tener

El 53.1% de los encuestados sostuvo que se presta especial atención al diagnóstico y tratamiento de discapacidades sensoriales, el 39.8% hacia algunas veces, nunca representado por el 5.2% y el 1.9% siempre. Al poseer un buen indicador sobre la atención especializada es necesario que se use los mismos recursos o medios para promover en el resto de los participantes las mismas medidas a fin de mejorar su calidad de vida.

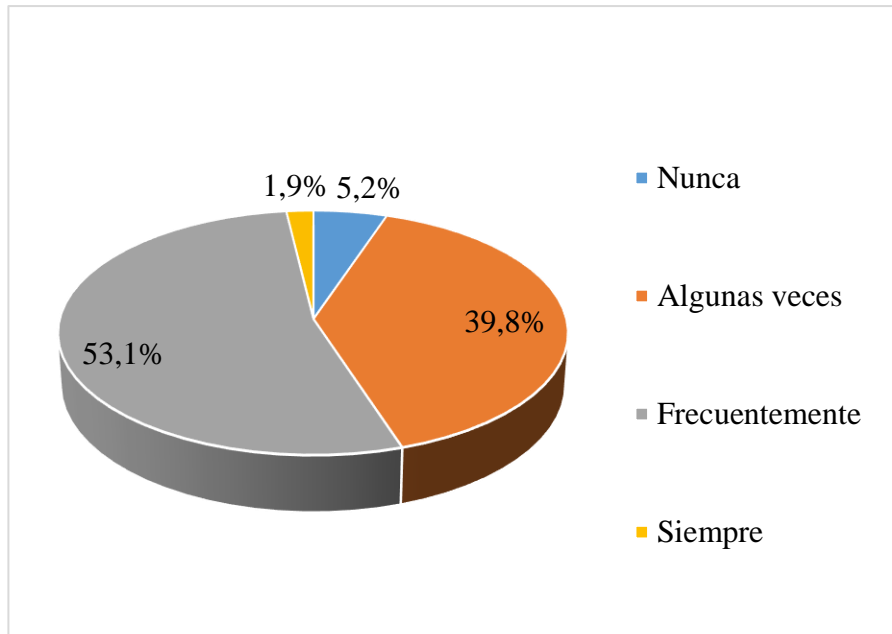


Figura 31. Atención de diagnóstico y tratamiento

23. Las personas que le proporcionan apoyo ofrecen guía y apoyo acerca de su sexualidad

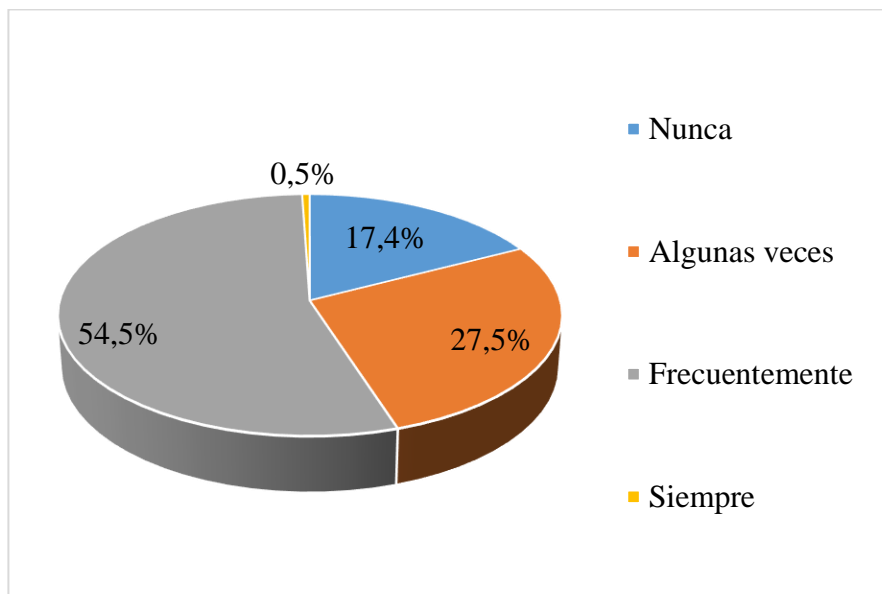


Figura 32. Guía y apoyo sobre sexualidad

Del total de los participantes, el 54.5% opinó que, las personas que le brindan apoyo ofrecen guía y ayuda sobre su sexualidad, el 27.5% representó al algunas veces, el 17.4% nunca y el 0.5% siempre. El porcentaje mayoritario demuestra que, el personal siempre está predispuesto a ayudarlos y guiarlos en torno a la sexualidad.

Bienestar material

24. El centro al que acude está adaptado a sus características sensoriales, cognitivas, conductuales o físicas.

La premisa sobre a la adaptación del centro en torno a sus características, la opción frecuentemente representa el 51.5% de los resultados, algunas veces el 36%, nunca el 9% y siempre el 3.5%. Se evidencia una tasa alta sobre el trato que reciben y más en sus factores sensoriales, cognitivos, conductuales o físicas.

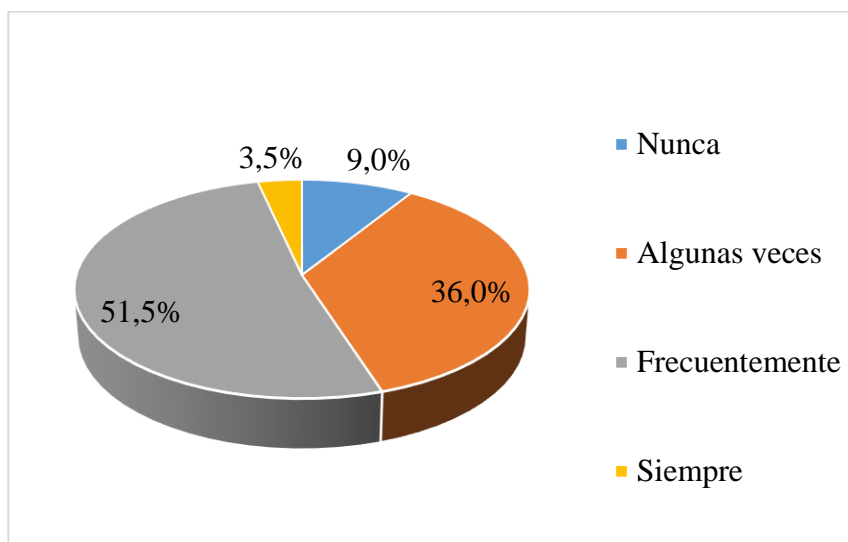


Figura 33. Adaptación del centro

25. El centro al que acude toma medidas específicas para evitar riesgos como golpes, caídas y fugas -

La interrogante acerca de que si el centro al que asiste toma medidas para evitar riesgos, la opción frecuentemente representa el 50.4% de los resultados, algunas veces el 36.5%, nunca el 9.3% y siempre el 3.8%. A pesar de que, se evidencia un índice alto sobre las medidas empleadas en torno a los riesgos, es necesario seguir promoviendo campañas positivas que sean atractivas para el resto de la comunidad a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes discapacitados.

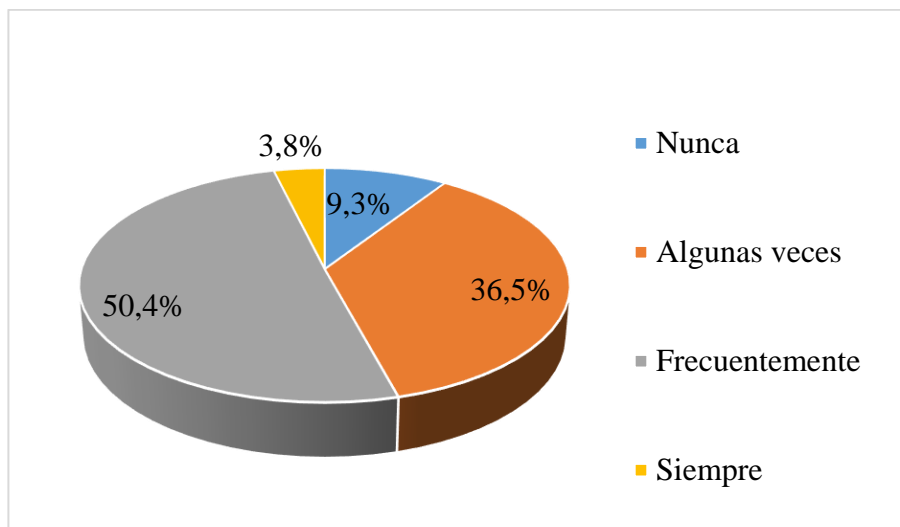


Figura 34. Medidas para evitar riesgos

26. Tiene un espacio físico con sus pertenencias personales a su alcance

De acuerdo, con el ítem sobre si poseen un entorno físico con sus pertenencias, la opción frecuentemente representa el 53.4% de los resultados recabados, algunas veces el 22.1%, nunca el 21.3% y siempre el 3.3%. Se muestra un índice alto sobre un lugar físico que sirva para tener sus pertenencias al alcance, a pesar de lo positivo que resulta este indicador es indispensable aplicar lo siguiente en el resto de grupo que tiene una menor perspectiva de esto.

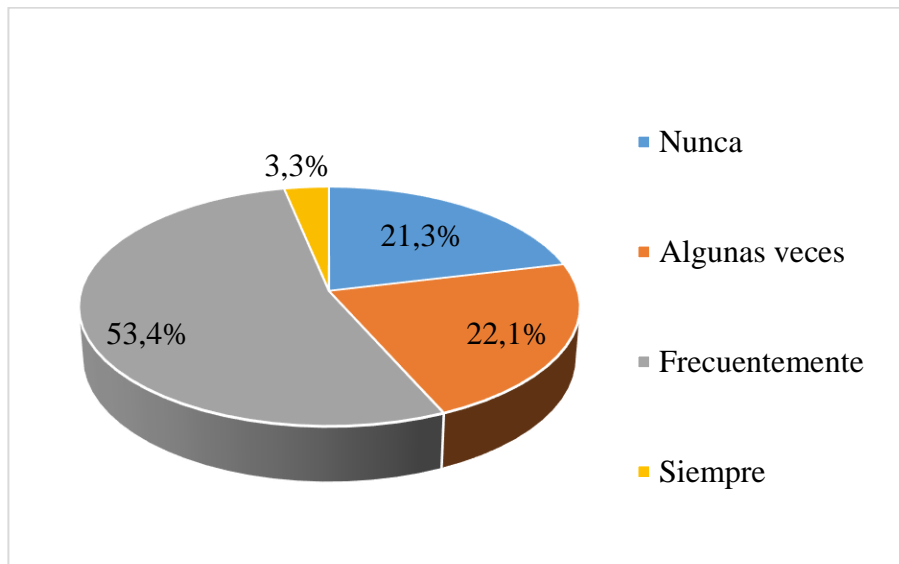


Figura 35. Espacios físicos para pertenencias

27. Las ayudas técnicas que necesita han sido adaptadas de forma individual

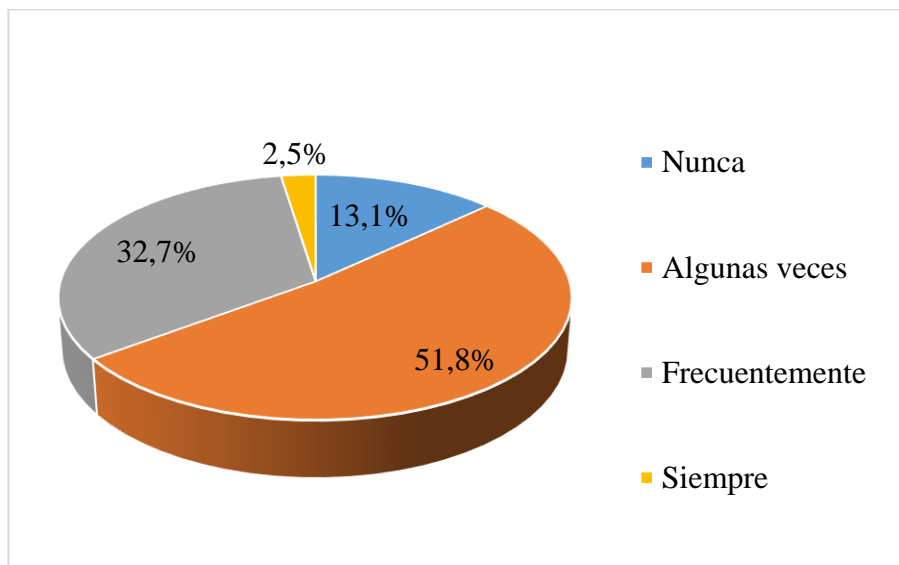


Figura 36. Ayudas técnicas

La opción algunas veces representa el 51.8% de los resultados en torno a las ayudas técnicas de forma individual, frecuentemente el 32.7%, nunca el 13.1% y siempre el 2.5%. A pesar de que, el índice de conformidad es alto se requiere

promover este apoyo técnico a otros usuarios a fin de brindar mejores alternativas con respecto a su calidad de vida.

28. Dispone de las ayudas técnicas que necesita

De acuerdo con la opción ayudas técnicas que necesita, el 50.4% respondió que algunas veces, frecuentemente el 39%, nunca el 8.4% y siempre el 2.2%. Se puede observar que, el nivel de algunas veces es alto; sin embargo, es necesario implementar medidas de apoyo técnico con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad.

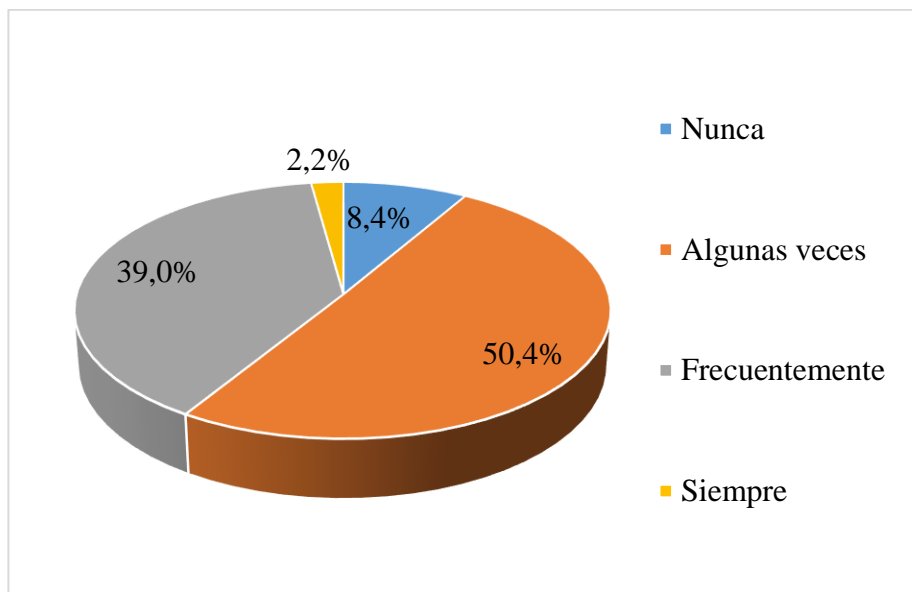


Figura 37. Ayuda técnica necesaria

29. Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a las capacidades y limitaciones de la persona

Con respecto a la toma de medidas de adaptación del entorno el 53.1% argumentó que algunas veces, frecuentemente el 40.1%, nunca el 5.4% y siempre el 1.4%. Se puede deducir que, el rango de algunas veces es alto; no obstante, es indispensable

aplicar medidas que se adopten al entorno en el que vive de acuerdo con sus capacidades y limitaciones.

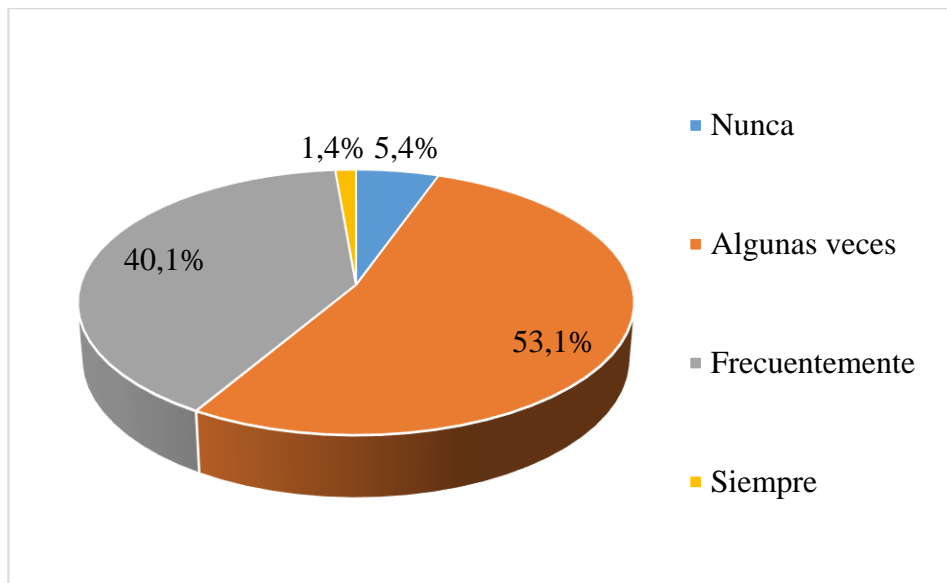


Figura 38. Capacidades y limitaciones

30. Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a sus deseos y preferencias

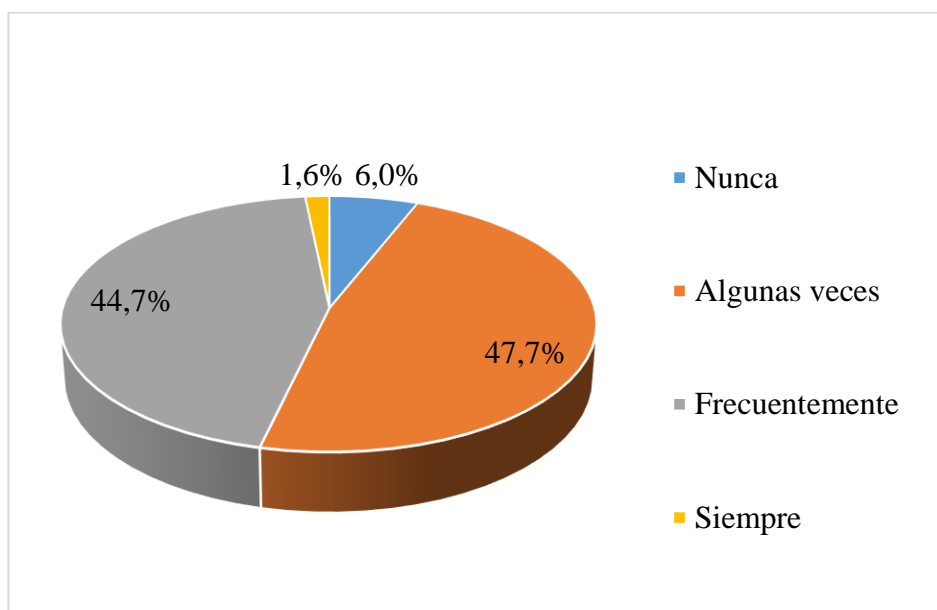


Figura 39. Deseos y preferencias

En la premisa de medidas de adaptación del entorno en el que vive de acuerdo con sus deseos y preferencias el 47.7% argumentó que algunas veces se considera esto, seguido del frecuentemente el 44.7%, nunca el 6% y siempre el 1.6%. Se pudo evidenciar que, el indicador de algunas veces es alto; sin embargo, es necesario mejorar normativas adaptativas al entorno según sus necesidades a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad del centro.

Derechos

31. Las personas que le proporcionan apoyo lo tratan con respeto

En cuanto al ítem si las personas que le brindan apoyo lo tratan con respeto el 46.3% expresó que frecuentemente, posteriormente el algunas veces con el 38.1%, nunca el 6.5% y siempre el 9.0%. Demostrando que, el indicador es alto y positivo, por ende, es esencial el trato basado en valores a fin de que el paciente se sienta a gusto con el servicio proporcionado.

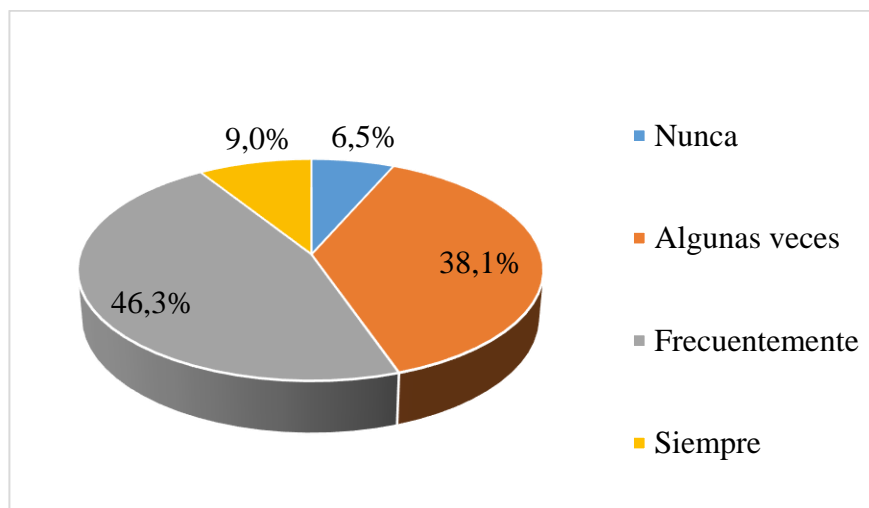


Figura 40. Trato con respeto

32. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos

Con respecto al servicio que se brindan y respeto de los derechos el 46.9% opinó que frecuentemente, después el algunas veces con el 39.5%, nunca el 7.1% y siempre el 6.5%. Demostrando que, el indicador frecuentemente es alto y positivo; no obstante, es esencial impartir campañas que influyan en el criterio del restante de usuaria donde su percepción no es la misma a fin de que se sientan cómodos y satisfechos con el servicio proporcionado por la institución.

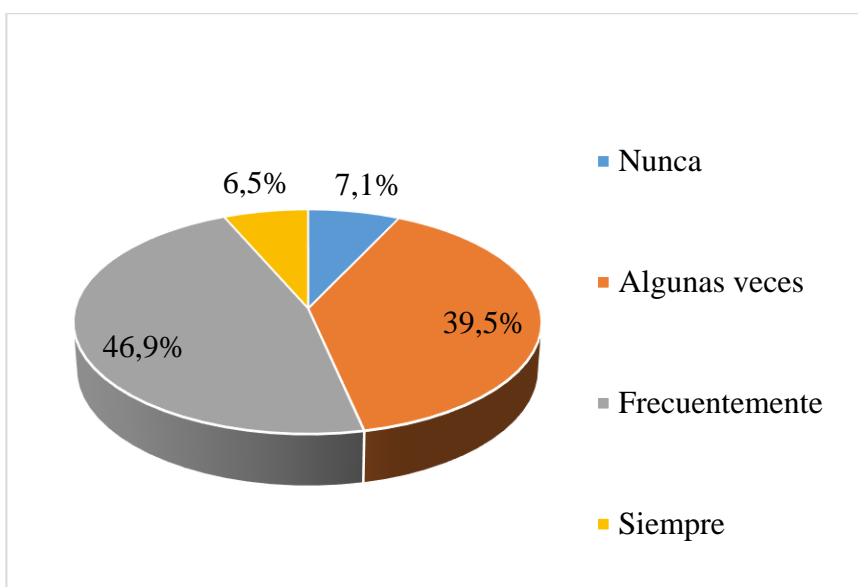


Figura 41. Respeto de derechos

33. En el centro al que acude se respeta su intimidad

En la premisa presente el 66.5% de los encuestados opinaron que, frecuentemente se respeta su intimidad dentro del centro, seguido del algunas veces con el 20.7%, nunca el 6% y siempre el 6.8%. Evidenciando que, el nivel frecuentemente es alto; sin embargo, el enfoque se debe generalizar a fin de influir positivamente en la percepción de los demás usuarios y, por ende, mejor servicio.

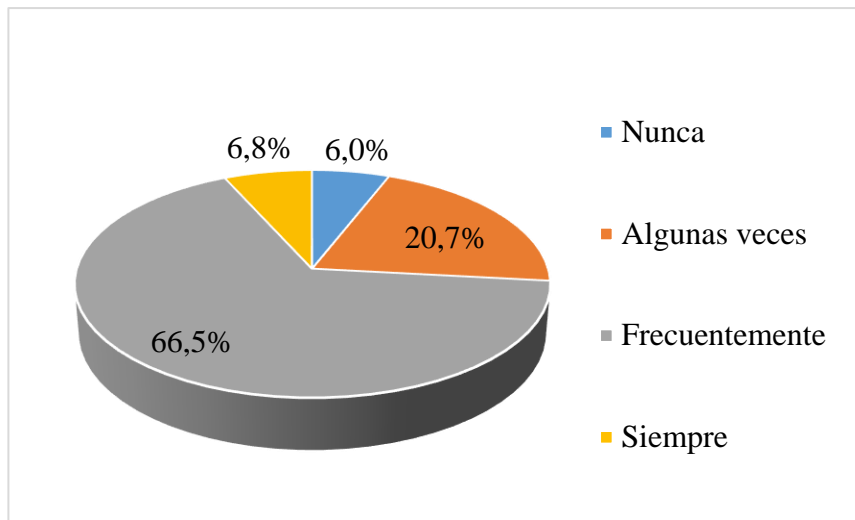


Figura 42. Respeto de intimidad

Desarrollo personal

34. Las actividades que realiza le permiten el aprendizaje de nuevas

habilidades

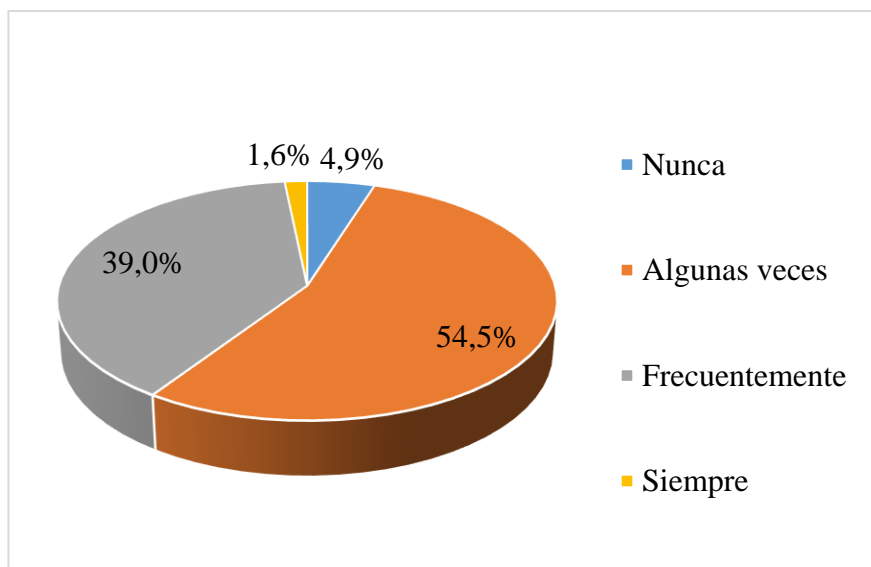


Figura 43. Nuevas habilidades

En la interrogante presente el 54.5% de los encuestados argumentaron que, algunas veces las actividades que efectúa le permiten el aprendizaje de nuevas

capacidades, frecuentemente con el 39%, nunca el 4.9% y siempre el 1.6%.

Demostrando que, el rango algunas veces es alto; por ende, el enfoque debe partir en fomentar tareas que influyan en la práctica y desarrollo de nuevas destrezas en los pacientes con discapacidad.

35. Aprende cosas que le hacen ser más independiente

El 53.4% de los participantes opinó que, algunas veces aprende cosas que le hacen ser más independiente, frecuentemente con el 39.2%, nunca el 5.2% y siempre el 2.2%. Con los datos recabados se pudo constatar que, es esencial para los usuarios aprender nuevas actividades que le permitan independizarse a fin de mejorar su calidad de vida y, por ende, el servicio y reconocimiento del centro.

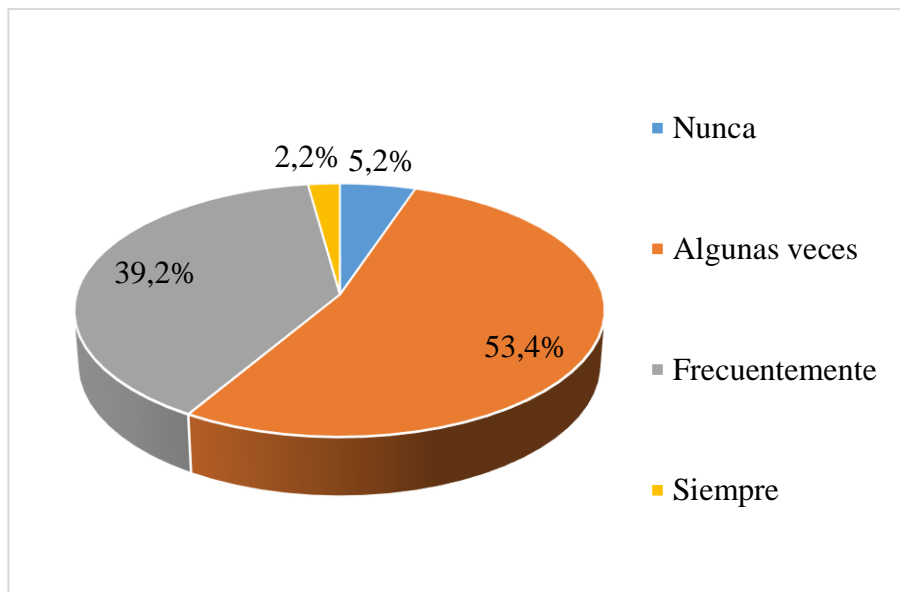


Figura 44. Aprendizaje de cosas

36. En el centro se le proporcionan instrucciones y modelos para aprender cosas nuevas

El 54.2% de los encuestados manifestó que, algunas veces el centro proporciona lineamientos y diseños para aprender cosas nuevas, posteriormente la opción

frecuentemente tuvo un nivel porcentual de 39%, nunca el 4.6% y siempre el 2.2%. Con la información recopilada se pudo evidenciar que, es importante que los pacientes aprendan nuevas actividades que le permitan reforzar sus habilidades y mejorar su calidad de vida.

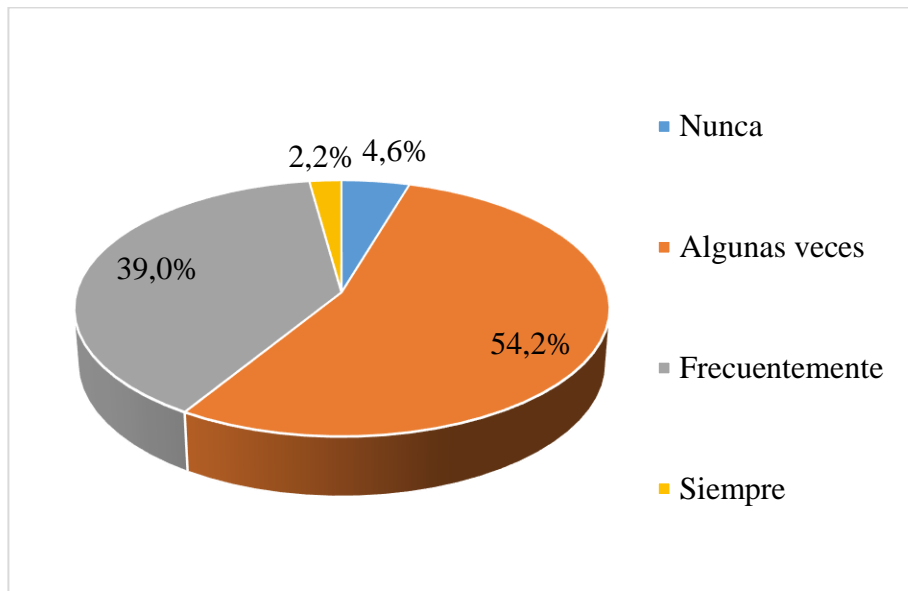


Figura 45. Instrucciones y modelos

Inclusión social

37. Tiene oportunidades de conocer otros entornos diferentes al lugar donde vive (ej. viajar hacer excursiones, rutas turísticas, etc.)

El 53.1% de los participantes argumentó que, algunas veces posee oportunidades de conocer otros medios distintos al lugar donde vive, seguido del frecuentemente representado por un 23.4%, nunca el 13.9% y siempre el 1.6%. Lo antes mencionado genera indicios importantes sobre la posibilidad de desarrollar viajes que les permitan a los pacientes despejar su mente y desarrollar capacidades motrices según su nivel o tipo de discapacidad.

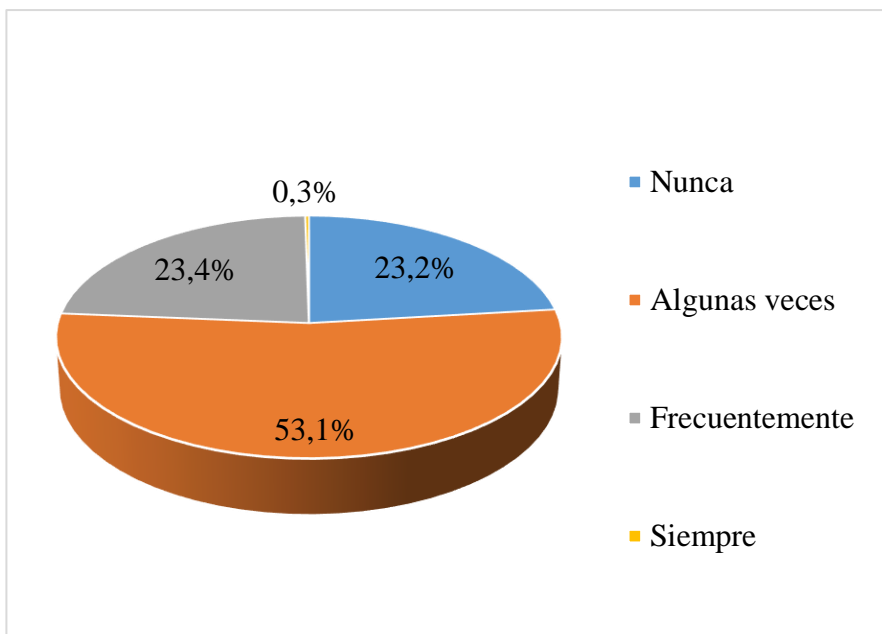


Figura 46. Oportunidades de conocer entorno

38. Participa en actividades fuera del centro con personas ajenas a su contexto de apoyos

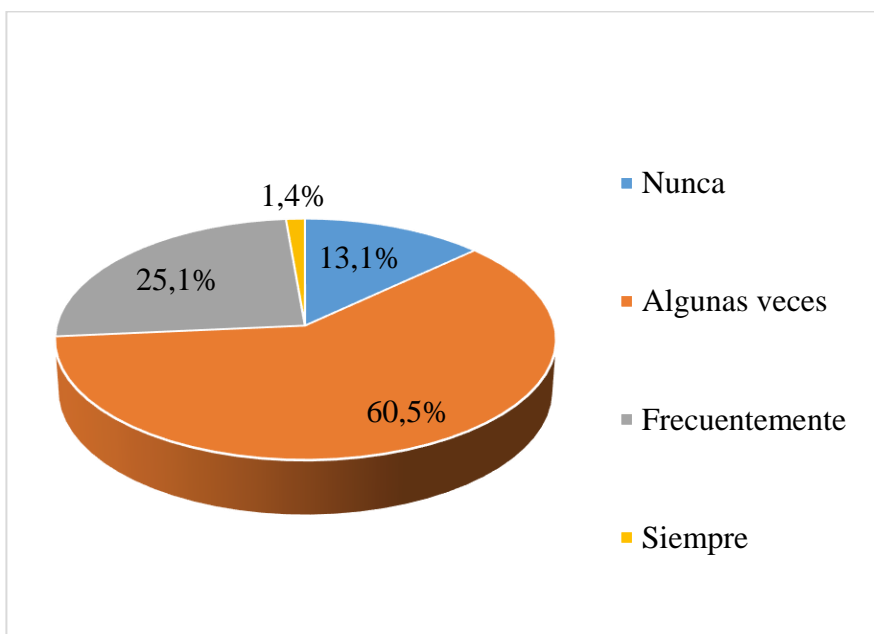


Figura 47. Participación en actividades

El 60.5% de los participantes opinó que, algunas veces participa en actividades fuera del centro con personas indistintas a su contexto de apoyo, seguido del 25.1% como frecuentemente, nunca con el 13.1% y siempre con el 1.4%. Con los datos recolectados, es importante promover acciones que le permitan a los pacientes mejores interacciones con usuarios ajenas al centro.

39. Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales

Del total de los encuestados el 58.6% expresó que, algunas veces participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales, el 25.9% como frecuentemente, nunca con el 13.9% y siempre con el 1.6%. Demostrando que, es esencial difundir acciones que influyan en el mejoramiento de sus discapacidades.

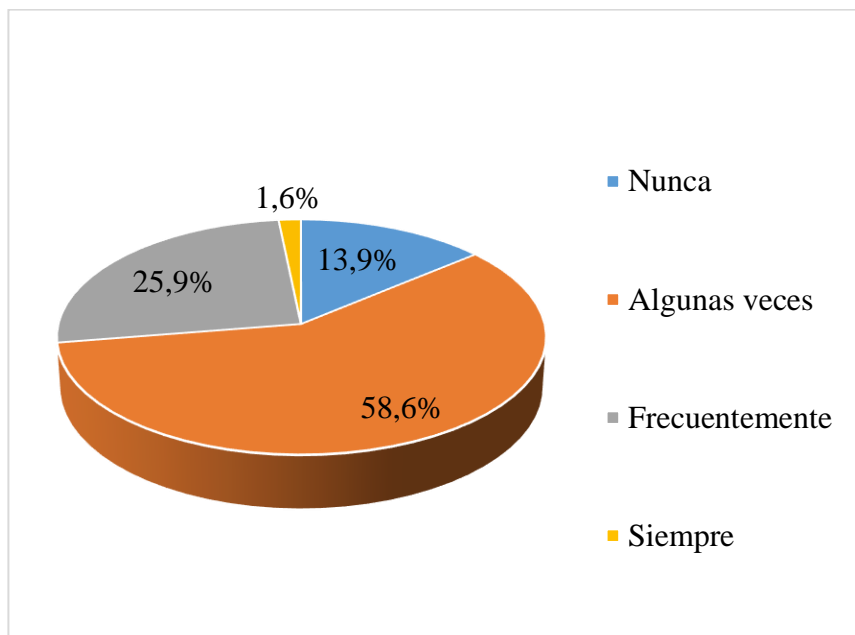


Figura 48. Participación en actividades

40. Participa en actividades sociales fuera del lugar donde recibe servicios o apoyo

Del total de los participantes el 58.6% manifestó que, algunas veces participa en actividades sociales fuera del centro, el 26.2% frecuentemente, el 13.9% nunca y siempre con el 1.6%. Evidenciando que, es fundamental para los usuarios realizar tareas recreativas fuera de la institución a fin de desarrollar un mejor entorno y que sea vean beneficiadas sus capacidades y habilidades.

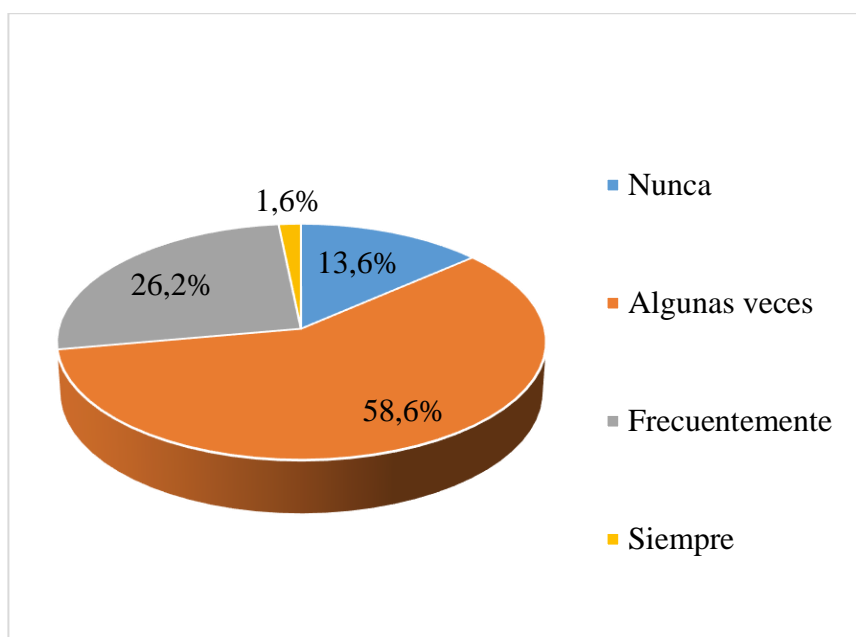


Figura 49. Participación en actividades sociales

Relaciones interpersonales

41. En el centro al que acude se identifica la mejor forma de comunicarle información

El 60.8% de los encuestados manifestaron que, algunas veces el centro identifica la forma de comunicación, seguido por el frecuentemente con el 35.4%, nunca con el 3.3% y siempre con el 0.5%. Mostrando que, se debe aplicar emergentemente

campañas que fomenten la forma adecuada de comunicar a los pacientes a fin de mejorar el servicio y atención en el centro.

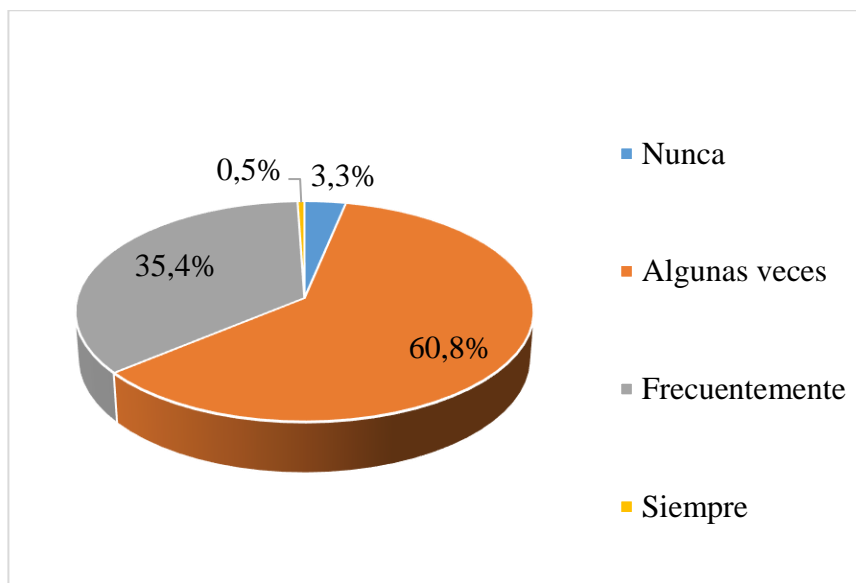


Figura 50. Identificación de comunicación

42. En el centro al que acude se diseñan actividades que facilitan las interacciones personales entre compañeros/as

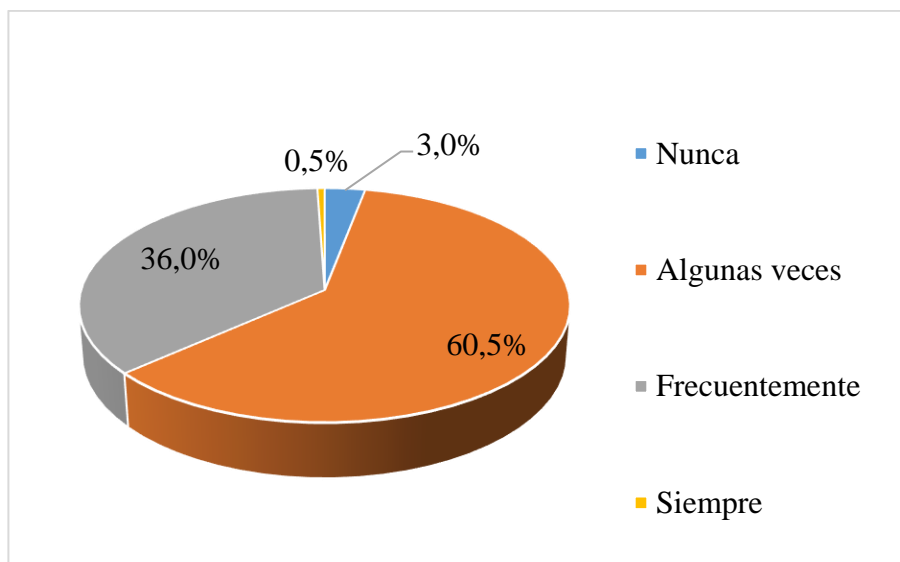


Figura 51. Diseño de actividades

El 60.5% de la población encuestada manifestó que, algunas veces el centro diseña actividades que facilitan las interacciones personales entre compañeros, seguido del frecuentemente con el 36%, nunca con el 3% y siempre con el 0.5%. Evidenciando que, es importante tomar acciones que mejoren la interacción individualizada entre compañeros.

43. En el centro al que acude se planifican actividades o apoyo que le permitan la interacción social

De la población encuestada el 55.9% manifestó que, algunas veces el centro organiza actividades o ayuda que le permitan la interacción social, frecuentemente con el 34.9%, nunca con el 8.4% y siempre el 0.8%. Con la información recopilada es fundamental que se aplique acciones que promuevan las relaciones sociales a fin de influir positivamente en el comportamiento de los pacientes con discapacidad.

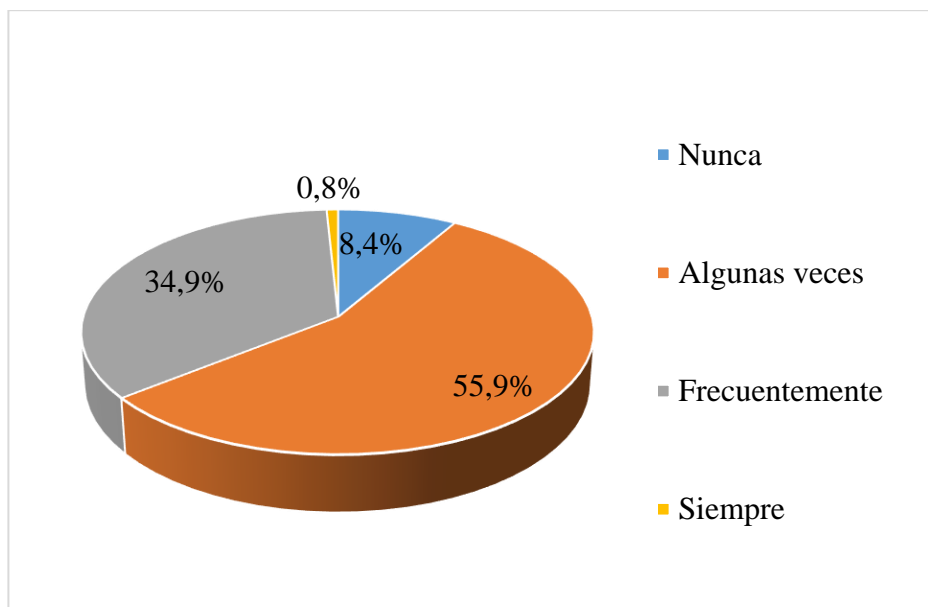


Figura 52. Interacción social

44. Se toman medidas específicas para mejorar sus habilidades de comunicación

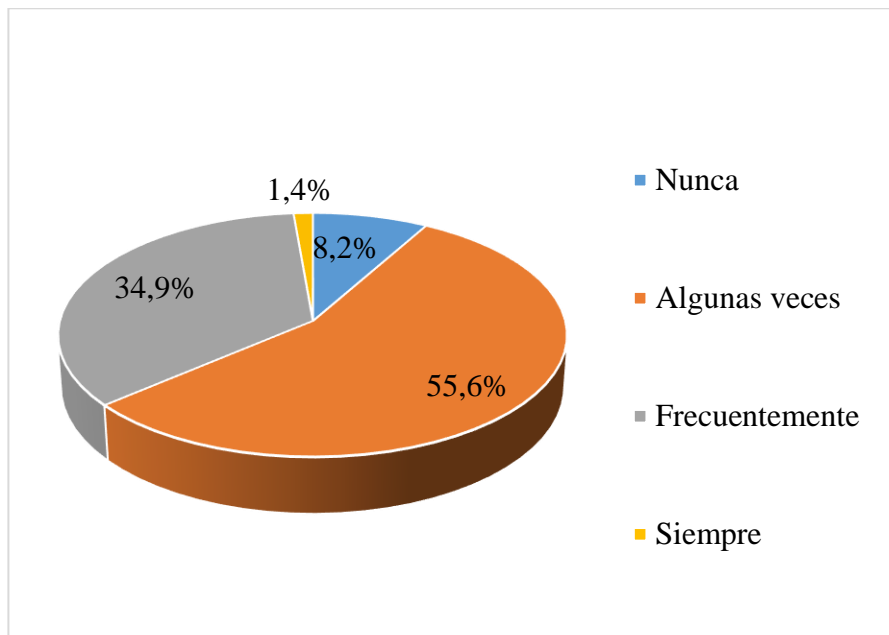


Figura 53. Habilidades de comunicación

El 55.6% manifestó que, algunas veces se toman medidas puntuales, frecuentemente con el 34.9%, nunca con el 8.2% y siempre el 1.4%. Los datos recopilados evidencian la importancia de desarrollar lineamientos que mejoren las competencias comunicacionales en el grupo de interés de estudio a fin de fomentar mejores relaciones y calidad de vida de estos.

45. Tiene la oportunidad de conocer a personas ajenas al contexto de apoyo

El 56.7% opinó que, algunas veces posee la oportunidad de conocer a personas ajenas al contexto de apoyo, frecuentemente con el 35.1%, nunca con el 6.5% y siempre el 1.6%. La información recabada evidencia la importancia de brindar nuevas alternativas con respecto a las relaciones sociales ajenas al centro a fin de que el

paciente se sienta a gusto con todo su entorno y que repercuta positivamente en su estado de salud o como parte de su proceso de rehabilitación.

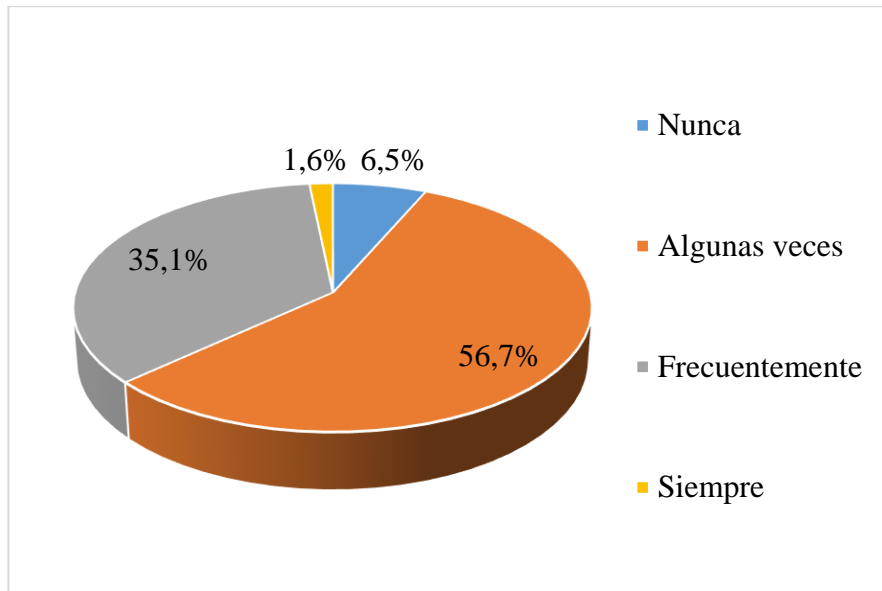


Figura 54. Contexto de apoyo

Análisis General de Resultados

Dentro de los resultados recabados en el presente estudio la población analizada pertenece al género femenino en su mayoría, cuyo intervalo etario oscila más de los 51 años con un estado civil de casado/unido y nivel de educación de instrucción primaria. Asimismo, en el nivel socioeconómico manifestaron un rango bajo; por ende, es importante el apoyo económico a este grupo vulnerable, ya que en su mayoría están desempleados. Por otro lado, la familia es su principal fuente de apoyo, un alto porcentaje posee discapacidad física en un 75 al 84%, ante tal información es indispensable que se empleen medidas específicas que beneficien a esta comunidad.

Por otro lado, la premisa fue positiva sobre el apoyo que le brindan las personas en cuanto a sus preferencias y elecciones; por ende, es importante que se siga inculcando la tendencia de apoyo según sus necesidades. Se evidenció que, el personal del centro

frecuentemente respeta sus decisiones, al seguir estimando este indicador se influye positivamente en hacer sentir confianza y seguridad a este grupo de usuarios.

Asimismo, la población analizada indicó que frecuentemente escoge como pasar su tiempo libre, implicando la importancia de desarrollar acciones que fomenten sus capacidades y habilidades acorde a su criterio e incapacidad.

En síntesis, gran parte brindó una opinión positiva en cuanto al apoyo acerca de sus gustos, necesidades o requerimientos, al igual que, la disposición del centro por poseer un listado de conductas observables evidenciando sus estados emocionales, convirtiéndolo en una institución preocupada por el bienestar de sus usuarios. Por otra parte, frecuentemente las personas le brindan apoyo en cuanto a la atención de las expresiones faciales, miradas, voz, posturas, entre otros criterios, es decir, para este grupo es indispensable la ayuda a sus expresiones sea facial, postura, fisiológicas y demás.

En general, hay un consenso alto sobre el apoyo a las conductas a través de consejos y lineamientos; sin embargo, es esencial brindar mejores alternativas de apoyo a este grupo de pacientes con discapacidad, mejorando cada aspecto y que se vea reflejado en su calidad de vida. Con respecto a la realización de actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades el panorama fue positivo en su mayoría; no obstante, existe un grupo que percibe de otra forma este patrón llegando hacer necesario un enfoque de estrategias que incluyan actividades dinámicas que, a su vez, se vean reflejada en la salud del paciente.

Con respecto a la ingesta de la cantidad de comida y líquidos recomendada para mantener un buen estado de salud, fue calificado como regular, por ende, es necesario que se emplee un plan a fin de mejorar la ingesta de alimentos que mantenga un

estado de salud adecuado. Los participantes manifestaron que, el centro aplica normativas específicas a fin de evitar futuros problemas en torno a la incapacidad física. De forma similar, es fundamental que se pueda implementar medidas de apoyo técnico con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de normativas adaptativas sea dentro de la institución o entorno de acuerdo con sus necesidades.

También, es necesario que se imparta nuevos modelos que fomenten la práctica y desarrollo de nuevas destrezas en los usuarios incapacitados, incluyendo la posibilidad de impulsar viajes que le permitan a este grupo despejar su mente y aumentar sus capacidades motrices según su nivel o tipo de discapacidad. Del mismo modo, el proporcionar distintas alternativas con respecto a las relaciones sociales a fin de que el paciente se sienta a gusto con todo su entorno, en el centro y que repercuta positivamente en su estado de salud o como parte de su proceso de rehabilitación. Finalmente, la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención están expuestos a tensiones tanto del centro como particulares en un nivel bajo; sin embargo, al aplicar mejores métodos se puede influir positivamente en el criterio del resto de la población observada y, por ende, el respectivo reconocimiento de la institución.

En lo relacionado al análisis inferencial de toda la variable, la dimensión que mayor contribución generó fue la de sus derechos, con un promedio de 2.62, seguido de la autodeterminación con una puntuación de 2.53. En el mismo orden descendente, continuó el bienestar emocional con 2.48, después el bienestar físico con 2.47, posteriormente el bienestar material con 2.39, consecutivamente el desarrollo

personal con 2.38, las relaciones interpersonales con 2.31 y finalmente, la inclusión social con 2.12. En cuanto al promedio general de la variable, el cálculo determinó que era de 2.41 (ver tabla 5). Considerando que el promedio de la escala utilizada es 2.5, la calidad de vida en pacientes con discapacidad se encuentra en término medio, puesto que la diferencia no supera una centésima porcentual.

Tabla 5
Promedio dimensiones calidad de vida

Dimensiones	Promedio
Autodeterminación	2.53
Bienestar emocional	2.48
Bienestar físico	2.47
Bienestar material	2.39
Derechos	2.62
Desarrollo personal	2.38
Inclusión social	2.12
Relaciones interpersonales	2.31
Calidad de vida	2.41

Tabla 6
Promedios de calidad de vida según los factores sociodemográficos

Factores sociodemográficos	Dimensiones de calidad de vida							
	Autodeterminación	Bienestar emocional	Bienestar físico	Bienestar material	Derechos	Desarrollo personal	Inclusión social	Relaciones interpersonales
Edad								
18 – 30	2.34	2.52	2.60	2.71	2.91	2.52	2.19	2.51
31 – 40	2.63	2.46	2.48	2.84	2.50	2.64	1.90	2.32
41 – 50	2.45	2.35	2.34	2.16	2.41	2.31	1.98	2.16
Más de 51	2.70	2.59	2.46	1.95	2.66	2.05	2.41	2.25
Sexo								
Masculino	2.45	2.40	2.39	2.31	2.54	2.30	2.04	2.23
Femenino	2.61	2.56	2.55	2.47	2.70	2.38	2.12	2.39
Estado Civil								
Soltero	2.70	2.69	2.63	2.49	2.83	2.45	2.28	2.36
Casado/unido	2.67	2.65	2.51	2.26	2.44	2.19	2.09	2.42
Viudo	2.41	2.35	2.29	2.36	2.72	2.36	2.13	2.19
Separado	2.34	2.53	2.45	2.45	2.49	2.52	1.98	2.27
Nivel de educación								
Educación primaria	2.43	2.41	2.34	2.38	2.53	2.36	2.30	2.41
Educación secundaria	2.47	2.48	2.71	2.46	2.79	2.45	2.19	2.63
Educación universitaria	2.89	2.69	2.60	2.51	2.74	2.56	1.85	2.18
Sin estudios	2.33	2.34	2.23	2.21	2.42	2.15	2.14	2.02
Nivel socioeconómico								
Alto	2.65	2.49	2.53	2.19	2.46	2.87	1.87	2.64
Medio – alto	2.34	2.37	2.49	2.34	2.98	2.33	2.45	2.34
Medio	2.13	2.63	2.37	2.70	3.01	2.44	2.13	2.47
Medio – bajo	2.67	2.12	2.68	2.43	2.34	2.19	1.99	1.97
Bajo	2.86	2.79	2.28	2.29	2.31	2.07	2.16	2.13
Apoyo								
Familia	2.19	2.26	2.84	2.46	2.16	2.57	1.87	2.36
Amigos	2.24	2.31	2.16	2.63	2.49	2.33	2.13	2.64
Personal de salud	2.38	2.71	2.47	2.12	2.86	2.49	2.45	2.19
Otros	2.31	2.64	2.41	2.35	2.97	2.13	2.03	1.95
Situación laboral								
Empleado público/privado	2.34	2.61	2.49	2.33	2.54	2.31	1.93	2.42
Autoempleado	2.29	2.47	2.35	2.48	2.68	2.45	1.97	2.14
Desempleado	2.53	2.29	2.86	2.07	2.94	2.23	2.18	2.37
Jubilado	2.96	2.55	2.18	2.68	2.32	2.53	2.40	2.31

Como se puede ver en la tabla 6, el análisis individual de cada variable según los factores demográficos indicó que las personas con más de 51 años perciben mayor autodeterminación (2.70) y bienestar emocional (2.59); mientras que en aquellos dentro de una franja etaria de 18 a 30 años sobresale la dimensión de derechos (2.91). Por otro lado, quienes tienen de 31 a 40 años la variable de bienestar material (2.84) determina su calidad de vida. En cambio, tanto para el sexo masculino como femenino, la calidad de vida se impulsa con sus derechos (2.54 y 2.70 respectivamente). Referente al estado civil, el grupo de solteros manifiesta mayor satisfacción con sus derechos (2.83), las personas casadas por la autodeterminación (2.67), los viudos a causa de sus derechos (2.72) y los separados debido al bienestar emocional.

Por otro lado, de acuerdo con su nivel de instrucción, las personas que han alcanzado instrucción primaria mejoran su calidad de vida con el respeto de sus derechos (2.53) al igual que la educación secundaria (2.79); mientras que, con educación universitaria, la autodeterminación (2.89) les contribuye más. En cuanto al apoyo que les brindan la familia, la calidad de vida es superior debido al bienestar físico (2.84), en tanto que quienes reciben apoyo de sus amigos, la relación interpersonal es el determinante (2.64); algo que no ocurre con el personal de salud, para quienes los derechos (2.86) son trascendentales. Finalmente, con base en su situación laboral, los empleados públicos o privados conciben un mejor estándar de calidad de vida a causa del bienestar emocional (2.61), los autoempleados y desempleados por sus derechos (2.68 y 2.94 respectivamente); sin embargo los jubilados tienen mejor calidad de vida con autodeterminación (2.96). Esto demuestra que la calidad de vida no es simétrica para los pacientes con discapacidad, por cuanto

no disfrutaban de las mismas condiciones de salud que las otras personas, lo cual es una limitación importante para el desarrollo del bienestar general. Además, estos pacientes no pueden llevar una vida normal, lo cual limita sus posibilidades de realización personal.

Capítulo IV

Propuesta

Después de haber descrito el problema de la investigación y haber analizado los datos recopilados, se presenta la propuesta de investigación en donde se diseñaron estrategias que buscan mejorar la calidad de vida de pacientes con discapacidad. Estas estrategias surgieron a partir del análisis de algunas dimensiones del cuestionario aplicado, para de esa manera detallar una serie de actividades como solución oportuna para cumplir con dicho objetivo. Este apartado se complementó con la descripción del recurso humano, material y financiero que se necesitarán para su implementación, así como la planificación de las actividades con el cronograma.

Justificación

Las estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida en pacientes con discapacidad se deben diseñar para asegurar que estos pacientes reciban el tratamiento, la atención y el apoyo necesarios para llevar una vida lo más normal y saludable posible. Estas estrategias también deben tener en cuenta las necesidades específicas de los pacientes con discapacidad, así como sus familias y cuidadores, para asegurar que reciban el apoyo adecuado. Por ese motivo han de estar relacionadas con el desarrollo de programas de atención especializada, la formación de personal capacitado, actividades de inclusión social, así como la sensibilización y el compromiso de la comunidad. Cabe destacar que la implementación de estas estrategias puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad, así como la eficacia y la eficiencia de los servicios prestados por el personal de salud. Justamente, ahí radica la importancia de esta propuesta, por lo cual, se trata de un proyecto de intervención que tiene como objetivo modificar aquellos

factores identificados que afectan negativamente a la calidad de vida. La propuesta pretende, por tanto, reducir el impacto negativo de la discapacidad en la vida de los pacientes y mejorar su bienestar.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención.

Objetivos específicos

Diseñar un listado de conductas observables para el control del bienestar emocional de los pacientes.

Planificar actividades de aprendizaje y formación en habilidades para el desarrollo personal de los pacientes.

Describir medidas de comunicación e interacción entre los pacientes con discapacidad y el personal de salud para el mejoramiento de las relaciones interpersonales


Descripción de Actividades

Estrategia para el bienestar emocional

Los estados emocionales de las personas con discapacidad pueden no ser fáciles de observar. Sin embargo, es importante tener un listado de conductas observables que pueden indicar un estado de ánimo particular. Esto es útil para que los cuidadores y el personal que integra el equipo integral de salud puedan estar atentos a cómo se siente una persona con discapacidad y puedan brindar el apoyo necesario. Es necesario resaltar que el uso de una lista de verificación de estas conductas durante la

identificación y captación de pacientes prioritarios y vulnerables permitirá establecer un plan de atención integral. Por este motivo, deberá llevarse a cabo en conjunto con el formulario de registro a cargo del médico familiar o Médico General Integral.

Algunas conductas que pueden indicar que una persona con discapacidad está triste o enojada incluyen retirarse de las actividades sociales, mostrar expresiones faciales negativas, no hablar con los demás, aislarse de los demás, tener problemas para dormir, comer menos de lo habitual, no realizar las actividades que solía disfrutar, tener dificultades para concentrarse o tomar decisiones. Las personas con discapacidad a menudo enfrentan dificultades adicionales que pueden afectar negativamente su estado de ánimo. Estas dificultades pueden incluir el dolor, la falta de movilidad, la dependencia de los demás, el aislamiento social, la pérdida de la autonomía y el estigma social. Por ello, es importante reconocer estas dificultades y buscar maneras de abordarlas de manera efectiva para ayudar a mejorar el bienestar general de la persona con discapacidad.

	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		
	ESTRATEGIA DE ABORDAJE MÉDICO DEL BARRIO		
CONDUCTAS OBSERVABLES DE LOS ESTADOS EMOCIONALES DEL PACIENTE			
Nombre del paciente			
Fecha de la atención			

✓	Estado emocional	Descripción	Conductas observables	Otras observaciones:
<input type="checkbox"/>	Tristeza	Se caracteriza por un sentimiento de pérdida, soledad o desesperanza.	Señales de tristeza, como una expresión facial abatida, llanto fácil o un tono de voz apagado.	

<input type="checkbox"/>	Ansiedad	Se caracteriza por una sensación de preocupación, nerviosismo o miedo.	Señales de ansiedad, como inquietud, nerviosismo, temblores o sudoración.
<input type="checkbox"/>	Ira	Se caracteriza por un sentimiento de enfado, frustración o resentimiento.	Señales de enojo, como una expresión facial enfurecida, gritar o golpear objetos.
<input type="checkbox"/>	Miedo	Se caracteriza por una sensación de peligro, amenaza o inseguridad.	Señales de miedo, como temblar, sudar, tener la respiración acelerada o sentirse paralizado.
<input type="checkbox"/>	Vergüenza	Se caracteriza por un sentimiento de culpa, vergüenza o humillación.	Señales de vergüenza, como ruborizarse, bajar la mirada o evitar el contacto visual.
<input type="checkbox"/>	Culpa	Se caracteriza por un sentimiento de responsabilidad o arrepentimiento.	Señales de culpa, como una expresión facial arrepentida, autorreproche o evitar el contacto con otras personas.
<input type="checkbox"/>	Soledad	Se caracteriza por un sentimiento de aislamiento, desesperanza o vacío.	Señales de soledad, como aislamiento, apatía o falta de interés en actividades.
<input type="checkbox"/>	Felicidad	Se caracteriza por un sentimiento de alegría, satisfacción o contento.	Señales de felicidad, como una expresión facial radiante, sonrisa fácil o risa.
<input type="checkbox"/>	Amor	Se caracteriza por un sentimiento de afecto, cuidado o ternura.	Señales de amor, como ternura, cuidado o atención especial hacia otra persona.

<input type="checkbox"/>	Alegría	Se caracteriza por un sentimiento de felicidad, entusiasmo o placer.	Señales de alegría, como una expresión facial feliz, risa fácil o energía excesiva.
<input type="checkbox"/>	Interés	Se caracteriza por un sentimiento de expectativa, curiosidad o atención especial.	Señales de interés, como concentración, atención especial o entusiasmo.
<input type="checkbox"/>	Paz	Se caracteriza por un sentimiento de tranquilidad, serenidad o armonía.	Señales de paz, como tranquilidad, serenidad o calma.

Estrategia para el desarrollo personal

Las personas discapacitadas pueden aprender nuevas cosas de muchas maneras diferentes. Algunas personas pueden necesitar instrucciones específicas o modelos para ayudarles a aprender nuevas tareas. Otras personas pueden aprender mejor a través de la observación o la práctica. El hecho es que, con la ayuda de la tecnología, los recursos y el apoyo adecuado, las personas discapacitadas pueden aprender casi cualquier cosa que los ayude a desarrollarse personalmente. En este contexto, el beneficio de proporcionar actividades de aprendizaje para ellos es la adquisición de nuevas habilidades y formas de ser más independientes. Por ello, la actividad propuesta es la musicoterapia para mejorar la memoria, la capacidad de atención y el mantenimiento físico para mejorar la coordinación y expresión corporal. Durante las actividades, las técnicas que se emplearán para enseñar nuevas cosas a las personas discapacitadas son la demostración, el uso de instrucciones escritas, la proyección de videos y explicación con fotos para garantizar un mejor desenvolvimiento durante las actividades en grupos, la práctica y los encuentros periódicos.

En cuanto a la musicoterapia, la actividad total constará de cuatro sesiones en las que se trabajará con las personas con discapacidad en distintos ejercicios vinculados a la música y el trabajo en equipos. Esta actividad se llevará a cabo en los distintos centros que corresponden al distrito de salud Febres Cordero, es decir, las 15 unidades operativas dentro de la jurisdicción de dicha coordinación zonal. Desde el Ministerio de salud pública, este es un programa integral para promover la actividad física en los pacientes, la integración con la sociedad, así como el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas. Dado que son cuatro las sesiones que se llevarán a cabo, la frecuencia de realización de cada una de ellas será un día a la semana completando de esa manera el taller en un solo mes. En vista de que la estrategia de abordaje Médico del Barrio se cumple bajo un proceso dinámico, este taller deberá estar repetido mes a mes con distintas personas según sean captados por los médicos familiares o MGI. En caso de encontrar que alguno de las personas con discapacidad necesita intervención constante se podrá incluir en los nuevos grupos a pesar de que haya participado en el anterior.

Tabla 7
Planificación de la primera sesión

Sesión 1 Trabajar el cuerpo			
Ejercicios	Metas	Procedimientos	Duración
Círculo de personas	Aliviar tensiones neuromusculares.	Se formará un círculo cerrado cogiéndose de las manos dando pequeños pasos hacia un sentido con aumento progresivo de la velocidad. El instructor hará cambios de sentidos de vez en cuando, a la vez que pide los participantes se agachen y se levanten constantemente.	Diez minutos
	Movilizar las piernas	Se requerirá de personal de apoyo que ayude con las actividades que indique el instructor.	

Simular un instrumento	Sensibilizar las partes del cuerpo	Se preguntará los instrumentos musicales que conocen los participantes, cuáles son sus preferidos. Después se reproducirán sonidos de diferentes instrumentos mientras los participantes reconocen y simulan con sus manos tocar cada uno de ellos. Se podrán utilizar fotos para indicar los instrumentos que suenan	Diez minutos
	Reconocer los sonidos de los instrumentos		
	Moverse al ritmo de la música		
Baile	Incentivar la diversión	Una vez que se conocen sus preferencias en cuanto a la música, se reproducirán dos temas para hacer una actividad de baile en parejas. El instructor a la mitad del baile pedirá que cambien de parejas.	Diez minutos
	Lograr la coordinación de los movimientos		
Actividad de relajación	Reducir la tensión muscular	Sobre una colchoneta, los participantes, con una música de fondo, escucharán una historia narrada por el instructor, de esta manera, se relajarán para dar paso al final de la primera sesión	Cinco minutos

Tabla 8

Planificación de la segunda sesión

Sesión 2		Crear con el cuerpo	
Ejercicios	Metas	Procedimientos	Duración
Círculo de personas con historia	Aliviar tensiones neuromusculares.	Las instrucciones son las mismas de la actividad una de la sesión anterior con la diferencia de que en esta ocasión el monitor contará una historia a través de la cual solicitar a los movimientos que los participantes deben hacer.	Diez minutos
	Movilizar las piernas		
Presentación	Acatar instrucciones	Se formará un círculo con los participantes sentados y cada uno se procederá a presentar, indicando su nombre y haciendo un sonido con sus manos con sus pies con su boca o algún objeto que tenga cerca.	Quince minutos
	Estimular la creatividad de los participantes		
	Estimular la memoria		

	Conocer los integrantes del grupo	El instructor elegirá a otro participante para que repita el nombre y el sonido que creó en la anterior. Si no se acordará, se promoverá la intervención de otra persona.	
Dramatización	Usar la expresión corporal Motivar la participación	En esta actividad el instructor expondrá diferentes escenas las cuales los participantes tendrán que dramatizar, ya sea en parejas o grupos mayores.	Veinte minutos
Baile	Incentivar la diversión Lograr la coordinación de los movimientos	Se repiten las mismas instrucciones de la actividad en la sesión anterior	Diez minutos
Actividad de relajación	Reducir la tensión muscular	Antes de cerrar el día o la sesión, el instructor pedirá a los participantes que se acuesten sobre una colchoneta y recapitular en voz alta las actividades desarrolladas en esta sesión	Cinco minutos

Tabla 9

Planificación de la tercera sesión

Sesión 3		Actividades de imitación	
Ejercicios	Metas	Procedimientos	Duración
Juegos de las estatuas	Incentivar la escucha con atención Lograr el control del cuerpo Coordinar los movimientos corporales con la música	En una sala con espacio suficiente para movilizarse, los participantes imitarán los movimientos del instructor y una vez que deje de sonar la música se quedarán paralizados simulando una estatua. Solo cuando vuelva a sonar la música se reanudarán los movimientos. Esto se repetirá una y otra vez.	Quince minutos
Sonidos extraños	Estimular la memoria	El instructor emitirá un sonido sencillo, el cual el grupo de participantes imitarán las veces que sea necesario hasta que salga bien.	Quince minutos

	Desarrollar la capacidad de escucha	Una vez que se logre repetir el mismo sonido, se agregará uno nuevo reformando una cadena de sonidos que deberán repetir en su totalidad. Este conjunto de sonidos no deberá ser mayor a cinco, con el fin de no complicar a los participantes.	
	Favorecer la integración del grupo		
Saludos	Estimular la creatividad de los participantes Estimular la memoria Conocer los integrantes del grupo	Se deberán recordar en esta actividad los saludos que hicieron los participantes en la sesión anterior cuando se presentaron. Se simulará un encuentro fortuito entre participantes, en el cual el saludo corresponderá con el sonido que emitieron anteriormente.	Diez minutos
Baile	Incentivar la diversión Lograr la coordinación de los movimientos	Se repiten las mismas instrucciones de la actividad en la sesión anterior	Diez minutos
Actividad de relajación	Reducir la tensión muscular	Se formará un círculo en el cual los participantes mantendrán cerrado abrazándose unos a otros y al ritmo de una canción instrumental, se balancearán de un lado a otro hasta que el instructor indique que se ha terminado la sesión.	Cinco minutos

Tabla 10
Planificación de la cuarta sesión

Sesión 4 Exploración de instrumentos			
Ejercicios	Metas	Procedimientos	Duración
Aeróbicos	Usar la expresión corporal Motivar la participación	Dentro de la sala se distribuirá a los participantes manteniendo una distancia prudencial para ejecutarlos movimientos del cuerpo que estará indicando el instructor al frente de ellos. Estos movimientos deberán realizarse con una música de fondo	Veinte minutos

	Lograr la coordinación del cuerpo		
Entonar un instrumento	Sensibilizar las partes del cuerpo	Los instructores deberán llevar distintos instrumentos musicales (pequeños y sencillos de tocar) para que los participantes puedan utilizarlos y crear una canción improvisada entre todos. Esta actividad deberá asegurarse que todos los participantes usen al menos 2 o 3 instrumentos distintos, por lo cual deberán alternarse entre los participantes	Treinta minutos
	Reconocer los sonidos de los instrumentos		
	Moverse al ritmo de la música		
	Incentivar la diversión		
Baile	Lograr la coordinación de los movimientos	Se repiten las mismas instrucciones de la actividad en la sesión anterior	Diez minutos
Actividad de relajación	Reducir la tensión muscular	Al finalizar la sesión los participantes se acostaron sobre una colchoneta y seguirán las indicaciones del instructor que les dirá que toquen su cabeza, sus hombros y sus piernas de manera pausada. En caso de que a algún participante se le complique la actividad, se requerirá ayuda de personal de apoyo.	Cinco minutos

Estrategias para las relaciones interpersonales

El personal de salud debe asegurarse de que toda la información que proporcionen esté adaptada para las personas con discapacidad. Esto significará simplificar el lenguaje, utilizar imágenes o utilizar un medio de comunicación alternativo. En algunos casos, el personal de salud puede necesitar la ayuda de un intérprete de lenguaje de señas o de un traductor para comunicarse con el paciente. Cabe mencionar, que las personas con discapacidad también pueden necesitar ayuda para

comprender la información médica, en este caso, si un paciente no puede leer, el personal de salud puede proporcionar la información en forma de audio, en formato Braille o dependiendo de su tipo de discapacidad. De manera específica, las medidas para mejorar sus habilidades de comunicación incluyen que el personal de salud sea capaz de escribir información importante de forma clara y concisa, en conjunto con el uso de un lenguaje sencillo y evitar el uso de términos médicos.

Otras medidas tienen relación con estructurar la información de forma lógica y proporcionar tiempo para que el paciente la asimile, al igual que hacer preguntas para comprobar que se ha comprendido la información entregada. Por otro lado, el personal deberá repetir la información si es necesario y escuchar atentamente las preguntas o dudas del paciente. Igual de importante es respetar los tiempos y espacios del paciente, adaptar la forma de comunicación en función del tipo de discapacidad del paciente y tratar al paciente de forma individual. Dentro del campo de la atención prioritaria y en el marco de la planificación de la estrategia de abordaje Médico del Barrio, investigar sobre las necesidades específicas de comunicación del paciente se convierte en uno de los ejes para entregar un mejor servicio.

Recursos

Dentro de los recursos de la propuesta se encuentran todos los elementos necesarios para llevar a cabo el proyecto. Estos incluyen el personal, el financiamiento, el equipamiento, la infraestructura y otros recursos, sin embargo, los mismo serán agrupado en tres categorías que corresponden al recurso humano, material y financiero. A continuación, se describen los elementos de cada uno.

Recursos humanos

Los recursos humanos que se necesitarán durante el desarrollo de las actividades son:

- Médico general
- Licenciada/o en enfermería
- Técnico en Atención Primaria de Salud
- Médico General Integral (MGI)
- Instructor de talleres (pueden ser auxiliares o enfermeros)
- Personal sanitario de apoyo (pueden ser auxiliares o enfermeros)
- Administradores de establecimientos de salud
- Coordinador zonal de salud

Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios para el desarrollo de las actividades son:

- Establecimientos físicos de las unidades operativas del distrito de salud 09D04
- Salón cerrado para el desarrollo de los talleres
- Reproductor de música, parlante, pendrive,
- Colchonetas
- Conos
- Instrumentos musicales

Recursos financieros

Categoría	Descripción	Costo
	Salón cerrado	Asignación interna
	Reproductor de música	\$20.00
	Parlante	\$20.00
Materiales	Pendrive	\$10.00
	Colchonetas x25	\$125.00
	Conos x12	\$100.00
	Instrumentos musicales	\$30.00
	Subtotal	\$305.20
	Médico general	Disposición zonal
	Licenciada/o en enfermería	Disposición zonal
	Técnico en Atención Primaria de Salud	Disposición zonal
	Médico General Integral (MGI)	Disposición zonal
Personal	Instructor de talleres (pueden ser auxiliares o enfermeros)	Coordinación interna
	Personal sanitario de apoyo (pueden ser auxiliares o enfermeros)	Coordinación interna
	Administradores de establecimientos de salud	Disposición zonal
	Coordinador zonal de salud	Disposición zonal
	Total	\$305.00

Los recursos financieros hacen referencia al costo que en que incurre cada unidad operativa para la ejecución de las actividades dentro de toda la jurisdicción del distrito de salud 09D04, por lo tanto, el valor total debe ser multiplicado por 15, para calcular el costo de materiales para todos los establecimientos. Realizando la operación, el costo total de la propuesta queda determinado en \$4,575.00.

Cronograma de Actividades

Tabla 11
Cronograma

Actividades	Mes						
	1	2	3	4	5	6	7
Planteamiento de propuesta	*						
Socialización de propuesta con los administradores		*					
Socialización interna de la propuesta en las unidades operativas		*					

Instrucción para la aplicación del listado de conductas observables de pacientes con el equipo Médico del Barrio	*
Implementación del listado de conductas observables	*
Presentación de estrategias para el desarrollo personal	*
Asignación de instructores y personal de apoyo	*
Registro de pacientes que asistirán a talleres	*
Desarrollo de la primera sesión	*
Desarrollo de la segunda sesión	*
Desarrollo de la tercera sesión	*
Desarrollo de la cuarta sesión	*
Análisis de pacientes que requieren nuevas sesiones	*
Inicio de un nuevo período de sesiones	*
Discusión de estrategias para las relaciones interpersonales	*

Conclusiones

La calidad de vida es considerada como la satisfacción que parte de la ejecución de las potencialidades de un individuo, preservando componentes objetivos y subjetivos, su enfoque debe girar en torno a la atención por parte de los profesionales de la salud. En el caso, de los pacientes con discapacidad les ayuda de forma significativa a su bienestar personal, desarrollo en sus actividades laborales y sociales, al igual que, la tranquilidad de sus familiares o cuidadores. Actualmente, para medir este indicador se han identificado diversas pautas según el nivel de discapacidad de los pacientes, partiendo desde la percepción de este y sus familiares hasta un mejor desarrollo en sus acciones diarias. Finalmente, es importante emplear una evaluación de la calidad de vida en torno al bienestar personal de estos y su entorno, dada la naturaleza de su conflicto, requerimientos o necesidades.

El marco referencial evidenció que, la mayoría de los pacientes posee un nivel medio de calidad de vida, por ende, es esencial desarrollar un plan de estrategias psicológicas enfocada a la mejora de este indicador. De forma similar, la percepción negativa se suele asociar con la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y económicos; el indicador de calidad de vida es bajo, lo cual incide en una alta prevalencia de depresión. En las distintas investigaciones se concluyó que, es fundamental emplear una atención integral sea personal y familiar a fin de influir positivamente en la salud de los pacientes. Finalmente, el marco legal relacionado con el patrón se sujetó a la Constitución de la República del Ecuador artículo 47 y 48, seguido de la Ley Orgánica de Discapacidades centrados en la responsabilidad que posee cada organismo competente en garantizar políticas de prevención en conjunto

con la familia y la sociedad, al igual que, fomentar un equilibrio de oportunidades y derechos para este grupo de personas.

El marco metodológico aplicado al estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo, tipo transversal y método deductivo; cuya muestra estuvo constituida de 367 personas. El cuestionario estuvo compuesto por un total de 45 preguntas, segmentadas en ocho dimensiones que corresponden a la autodeterminación, bienestar emocional, físico y material, derechos, desarrollo personal, inclusión social y relaciones interpersonales. Por otro lado, los resultados dados en la encuesta reflejaron una especial atención en cuanto a las relaciones sociales ajenas al centro y dentro de este, apoyo de técnicas, desarrollo de capacidades e impulso de acciones recreativas como viajes, excursiones y demás según el tipo de discapacidad. Cabe mencionar que las dimensiones en la calidad de vida con mayor participación fueron la autodeterminación en primer lugar, seguido de los tres tipos de bienestar, emocional, físico u material, respectivamente. También, es esencial aplicar métodos y estrategias que influyan positivamente en el criterio del resto de la población observada.

El diseño de estrategias estuvo basado en bienestar emocional, desarrollo personal y relaciones interpersonales mediante un listado de conductas observables que pueden indicar un estado de ánimo particular con el uso de un formulario de registro.

Asimismo, la aplicación de la musicoterapia para mejorar la memoria, la capacidad de atención y el mantenimiento físico a fin de influir en la coordinación y expresión corporal. Culminando, en el uso de imágenes o un medio de comunicación alternativo como intérprete de lenguaje de señas o de un traductor que promueva el desarrollo de las habilidades comunicacionales de manera clara y concisa. La propuesta está

estructurada en un periodo de tiempo de 7 meses, recurriendo al uso de recursos del centro y propios del investigador con la finalidad de brindar una atención integral entre personal, usuarios y familiares.

Recomendaciones

Ahondar en nuevos referentes literarios en torno a la calidad de vida en pacientes con discapacidad, incluyendo el análisis de las dimensiones establecidas en el estudio a fin de que pueda servir de ayuda para futuros investigadores. Incluyendo, patrones como satisfacción de usuarios, percepción de atención, medidas importantes en pacientes discapacitados, niveles y tipo de discapacidad, entre otros factores. Con el objetivo que brinde mejores alternativas y prácticas de rehabilitación al grupo identificado dentro de la propuesta de investigación.

Revisar estudios referenciales actualizados o de otros dominios que brinde una visión más clara acerca de la calidad de vida en los pacientes con discapacidad en un centro de atención de primer nivel, además de centrarse en los resultados recabados con el propósito de efectuar futuras comparaciones y determinar aspectos más técnicos con otros proyectos efectuados bajo la misma temática.

Desarrollar un estudio cualitativo con el propósito de que los resultados sirvan de complemento a los actuales. Al igual que, permita una mejor estructura estratégica para la propuesta basándose en una mejor solución de problemas y mejora continua de cada uno de los procesos de atención dentro de la institución sanitaria y el programa.

Evaluar periódicamente las estrategias planteadas como parte de la solución a fin de observar falencias o errores comunes y realizar las respectivas correcciones a tiempo. Todo esto provocará un impacto positivo en cada uno de los procesos de atención integral personalizada, bienestar del usuario y entorno de los pacientes con discapacidad.

Referencias

- Acosta, A. M., Durán, E. G., & Padilla, R. P. (2018). Impacto de la calidad de los servicios sobre la satisfacción de los clientes en una empresa. *Revista Científica Compendium*, 21-40.
- Alcalde, S. M. (2017). *Calidad*. España: Paraninfo.
- Aljameel, A. (2020). Oral Health-Related Quality of Life Outcomes for Individuals with Disabilities: A Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(10), 1-6. doi:10.7860/JCDR/2020/46100.14097
- Arellano, H. (2017). La calidad en el servicio como ventaja competitiva . *Dominio de las ciencias*, 72-83.
- Arrazola, F. J., Pérez, O. D., & Sannino, C. &. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. . *Revista Española de Discapacidad*, 151-164.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Gobierno Nacional del Ecuador.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades* .
Obtenido de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Bernita, E. I., & Balseca, C. H. (2017). *Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural*. 921-935: Dominio de las Ciencias.
- Biblioteca virtual en salud de Paraguay. (2022). *Atención Primaria en Salud*.
Obtenido de <https://paraguay.bvsalud.org/vitrinas/atencion-primaria-en-salud/>
- Brito, J. C., Gutiérrez, C. G., Cruz, C. A., Pérez, F. R., & Mazon, O. L. (2018). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud. *Revista Médica Electrónica*, 48-56.

- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2022). *Estadísticas de Discapacidad*. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Cruz, T., Castro, M., & De la Cruz, M. (2021). *Juventudes indígenas en México: Estudios y escenarios socioculturales*. México: El Colegio de la Frontera.
- Discoli, C., & San Juan, G. (2021). *Calidad de vida en el sistema urbano: una aproximación técnica y metodológica*. Argentina: Nobuko.
- Escobar, A., Rodriguez, M., & Lopez, B. (2018). *Metodología de la investigación científica*. 3Ciencias.
- Escobar, D., Mayoral, M., Pastor, A., & Ruiz, F. (2020). *Ciencias aplicadas I (2ª edición 2020)*. España: Ediciones Paraninfo, S.A.
- Espinoza, A. y. (2017). La reforma en Salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41: e96.
- Estrategia de abordaje Médico del Barrio y su equipo integral de salud*. (2018). Quito.
- Eylat, Y. (2021). *La mentalidad de éxito de los grandes líderes: ¡no es el dinero!* España: Tektime.
- Fuentes, R. C. (2016). El Sistema Nacional de Salud del Ecuador1: Estudiarlo para mejorarlo. *Alternativas*, ISSN 1390-1915, Vol. 17, Nº. 2, 2016, págs. 60-64.
- Galeano, M. (2020). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad Eafit.
- Gallego, J., Aguilar, J., & Cangas, A. (2019). *Aplicaciones de intervención en actividad física adaptada*. España: Midac.

- Gamboa, M. (2018). Estadística aplicada a la investigación educativa. *Revista Dilemas Contemporáneos*(2), 1-32. Obtenido de <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/427>
- Gaviria, C., & Márquez, C. (2019). *Estadística descriptiva y probabilidad*. Colombia: Editorial Bonaventuriano.
- Gaviria, K., Amador, C., Herazo, Y., & Hernández, D. (2019). Relación entre el funcionamiento y calidad de vida en personas con discapacidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(2), 166-173. Obtenido de https://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/7_relacion_funcionamiento.pdf
- Gobbens, R., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 231-239. doi:<https://doi.org/10.2147/CIA.S189560>
- Gómez, D., & Cepeda, H. (2020). *Entre osos y dragones.: Miradas transdisciplinares sobre las realidades de Asia*. Colombia: Centro Editorial de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. España: Elsevier Health Sciences.
- Gu, Z., Qiu, T., Yang, S., Tian, F., & Wu, H. (2020). A Study on the Psychological Factors Affecting the Quality of Life Among Ovarian Cancer Patients in China. *Cancer Management and Research*, 12, 905-912. doi:<https://doi.org/10.2147/CMAR.S239975>

- Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y El Conocimiento*, 4(3), 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Haim, A., & Gal, E. (2019). Quality of life: A universal or a disability specific concept? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 4, 1-17.
doi:<https://doi.org/10.1177/0008417419831552>
- Heras, H. R. (2017). Vulnerabilidad del niño y el adulto en atención primaria. *Vulnerabilidad del niño y el adulto en atención primaria*. Alicante, España: Universidad Miguel Hernández .
- Hernández, S., Fernandez, R., & Baptista, C. (2018). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Hierro, I., Verdugo, M., Gómez, L., Fernández, S., & Cisneros, P. (2015). Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín. *Revista Española de Discapacidad*, 3(1), 93-105.
doi:<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.03.01.05>
- Jiménez, D., Casado, P., Santos, R., Jiménez, D., & Hernández, G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes. *Revista Electrónica Medimay*, 26(1), 54-62. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2019/cmh191f.pdf>
- Katz, M., Seid, G., & Abiuso, F. (2019). *La técnica de encuesta: Características y aplicaciones*. Obtenido de <http://metodologiadelainvestigacion.sociales.uba.ar/wp->

content/uploads/sites/117/2019/03/Cuaderno-N-7-La-t%C3%A9cnica-de-encuesta.pdf

Kogan, A. (2020). *Colonialidad, Minimalismo y Focopolítica. El caso de la ONG Techo en Córdoba, Argentina*. Argentina: Analéctica.

Latorre, A., Del Rincón, D., & Arnal, J. (2021). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. España: Ediciones Experiencia.

Lee, E., Cha, S., & Myun, G. (2021). Factors Affecting Health-Related Quality of Life in Multimorbidity. *Healthcare*, 9(334), 1-15.

doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare9030334>

Lopera, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 693-702.

Marcelo, A. T. (28 de 01 de 2013). *IBM*. Obtenido de

<https://www.ibm.com/developerworks/ssa/industry/library/ind-ibm-spss-modeler/index.html>

Martínez, A., & Gallardo, C. (2021). *Marco Competencial en Promoción y Educación para la Salud: Experiencias Iberoamericanas*. México: Dykinson.

Martínez, J. (2020). *Trabajo de campo en la investigación comercial*. España:

Ediciones Paraninfo, S.A.

Massa, E. R., & Moreno, C. B. (2018). Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). *Archivos de Medicina*, 105-113.

Ministerio de Salud Pública. (2013). *MAIS*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Ecuador con Salud (en línea)*.

- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Estrategia de abordaje Médico del Barrio*.
Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Rendición de cuentas 2021. Dirección Distrital 09d04 Febres Cordero - Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/PRESENTACION-RENDICION-2019-DD09D04.pdf>
- Molina, D. (2018). La comprensión de la estadística descriptiva e inferencial en estudiantes universitarios. *Polo del Conocimiento*, 3(5), 255-265.
doi:10.23857/pc.v3i6.523
- Morales, C. (2014). *Calidad de vida del paciente con artritis reumatoide en relación con la salud familiar en una Unidad de Medicina Familiar*. Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Veracruzana.
- MSP. (2018). *Ministerio de Salud publica del Ecuador*. Obtenido de Calificación de discapacidad: <https://www.salud.gob.ec/>
- MSP. (6 de Septiembre de 2018). *Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante*. Obtenido de <https://www.gob.ec/>
- MSP. (2019). *Estrategia de abordaje Médico del Barrio*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/medico-del-barrio-2/>
- Mundaca, E., Estela, D., & Chú, M. (2019). Calidad de vida de las personas con discapacidad física en su Centro Laboral, Chiclayo-2015. *ACC CIETNA*, 6(2), 32-45. doi:<https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.250>

- Niño, J., & Mendoza, M. (2021). *La investigación científica en el contexto académico*. México: Infinite Study.
- Oliver, J. (2015). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 325-332.
- Oliver, J. S., Hernández, M. E., Ortega, G. A., & Medrano, L. A. (2018). Depresión, discapacidad y sus costes. Propuestas de mejora de asistencia en Atención Primaria. *Información psicológica*, 54-65.
- Olstein, D. (2019). *Pensar la historia globalmente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (1 de Abril de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Overchuk, V., Kushnir, J., Shportun, O., Matokhniuk, L., Sydorenko, Z., Vasyuk, K., . . . Bloshchynskyi, I. (2021). Improving the Quality of Life of Persons with Disabilities by Promoting Their Professional Rehabilitation. *Universal Journal of Public Health*, 9(3), 140-148. doi:10.13189/ujph.2021.090305
- Páez, G., López, M., & Moreno, M. (2020). Alcance de la calidad de vida en atención médica. *Persona y Bioética*, 24(1), 14-27. doi:10.5294/pebi.2020.24.1.2
- Pik, K., Yuet, F., Long, K., Wong, F., Chak, H., Sing, M., . . . Yang, L. (2020). The Impact of the Environment on the Quality of Life and the Mediating Effects of Sleep and Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-23. doi:10.3390/ijerph17228529

- Quesada, E., & López, F. (2019). *Administración pública y estrategias de salud*. España: ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana).
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Younes, S. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(61), 1-14. doi:10.4103/jehp.jehp_115_17
- Razo, A., Díaz, R., & López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista Conamed*, 23(2), 58-65. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>
- Rincón, Á., Rocha, A., López, A., & William, J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con lesiones de manguito rotador, Eje Cafetero, Colombia, 2013. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 53(3), 364-372. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.05.020>
- Riquelme, H., Gómez, C., Gutiérrez, R., Martínez, F., & Sierra, I. (2016). Criterios para identificar pacientes vulnerables en Atención Primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(1):18-27.
- Robles, B. (2019). Población y muestra. *Pueblo Continente*, 30(1), 245-246. doi:<http://doi.org/10.22497/PuebloCont.301.30121>
- Rodriguez, A. (2013). Creando una cultura de la calidad hospitalaria. *Medware*, 13(9).
- Ruiz, J. (2019). Desarrollo y calidad de vida. Una perspectiva crítica a partir del pensamiento de Amartya Sen. *Revista Aletheia*, 11(2), 107-126. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aleth/v11n2/2145-0366-aleth-11-02-107.pdf>

- Segalini, A., Weisbrot, M., Vietto, V., Rezzónico, M., Peña, F. V., & Terrasa, S. &. (2017). aloración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Hosp. Ital. B. Aires*, 4-9.
- SENPLADES. (2017). *Plan Nacional Toda Una Vida*. quito.
- Serrano, J. (2020). *Metodología de la Investigacion edicion Gamma 2020: 1er semestre Bachillerato General*. México: Bernardo Reyes.
- Solis, E., & Villegas, N. (2021). Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas. *Polo del Conocimiento*, 6(5), 1104-1117. doi:10.23857/pc.v6i5.2732
- Van, E., & Humphris, G. (2020). *Psicología y sociología aplicadas a la medicina: Texto y atlas en color*. España: Elsevier Health Sciences.
- Vásquez, M. L. (2017). *POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*. Cuenca: Universidad de cuenca.
- Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S., & Hierro, I. (2014). *Escala San Martín. Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidades significativas*. España: Fundación Obra San Martín. Obtenido de https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/10/Manual_Escala_San_Martin_2014.pdf
- Villafuerte, J. A. (2020). *Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N° 1. Riobamba, 2020*. Riobamba: Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo.

- Viscaino, A. D., Vizcaíno Marín, V. D., Vargas Barraza, J. A., & Gaytán Cortés, J. (2017). SERVPERF: medición de la satisfacción del servicio en un hospital público. En J. Sánchez Gutiérrez, T. E. González Alvarado, J. Gaytán Cortés, & J. Pelayo Maciel, *Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad* (págs. 256-279). Zapopan, Jalisco Ibiza, España: Universidad de Guadalajara.
- Zavala, M., Vázquez, M., Durón, M., & Cota, L. (2021). *Temas selectos de psicología y educación*. México: Qartuppi.
- Zuluaga, M., Galeano, M., & Saldarría, G. (2019). *Calidad de vida en la vejez.: Propuesta metodológica y teórica para su caracterización*. Colombia: Fondo Editorial FCSH.

Apéndices

Apéndice 1. Cuestionario de calidad de vida



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Tema de investigación: Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia Médico del Barrio en el distrito 09d04 del primer nivel de atención.

Mediante la presente, yo, Md. Johanna Romero Sigcho solicito de su participación para desarrollar la investigación previamente titulada. A continuación, señale con una X la respuesta que mejor considere; cabe mencionar que, se garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus datos, además, se asegura que la información será empleada únicamente con fines académicos.

I. Datos sociodemográficos y clínicos

1. Edad

- 18 – 30 años
 31 – 40 años
 41 – 50 años
 Más de 51 años

2. Sexo

- Masculino
 Femenino

3. Estado civil

- Soltero
 Casado/unido
 Viudo
 Separado

4. Nivel de educación

- Educación primaria
 Educación secundaria
 Educación universitaria

Sin estudios

5. Nivel socioeconómico

- Alto
- Medio – Alto
- Medio
- Medio – Bajo
- Bajo

6. Personas que le brindan apoyo (puede seleccionar más de una)

- Familia
- Amigos
- Personal de salud
- Otro

7. Situación laboral

- Empleado público/privado
- Autoempleado
- Desempleado
- Jubilado

8. Tipo de discapacidad (Puede seleccionar una o varias opciones)

- Discapacidad intelectual
- Discapacidad física
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad visual
- Discapacidad psicosocial

9. Grado de discapacidad

- Del 20 al 29%
- Del 30 al 49%
- Del 50 al 74%
- Del 75 al 84%
- Del 85 al 100%

II. Escala de calidad de vida

N = “Nunca”

AV = “Algunas veces”

F = “Frecuentemente”

S = “Siempre”.

Autodeterminación	N	AV	F	S
1. Las personas que le proporcionan apoyo tienen en cuenta sus preferencias y elecciones				
2. El personal del centro respeta sus decisiones				
3. Elige cómo pasar su tiempo libre				
4. Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud (ej. participar en una actividad de ocio, irse a la cama a una hora determinada, ponerse la ropa que otros le eligen)				
5. Se le proporciona apoyo que tiene en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias (estar solo/a o en grupo, lugares en los que estar, tiempo, ritmos)				
6. Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias				
Bienestar emocional	N	AV	F	S
7. Las personas que le proporcionan apoyo disponen de un listado de conductas observables que expresan sus estados emocionales				
8. Las personas que le proporcionan apoyo conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional				
9. Las personas que le proporcionan apoyo conocen sus expresiones individuales de angustia				
10. Las personas que le proporcionan apoyo conocen cómo expresa sus deseos				
11. Las personas que le proporcionan apoyo ponen atención a las expresiones faciales, miradas y dirección de la vista, voz, tensión muscular, postura, movimiento y reacciones fisiológicas				
12. Se le proporcionan pautas y consejos específicos para ayudar a controlar sus conductas				
13. Se le proporciona cariño, afecto y contacto físico apropiados cuando los necesita				
Bienestar físico	N	AV	F	S
14. Tiene una dieta adaptada a sus características y necesidades				
15. Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades				
16. Toma la cantidad de comida y líquidos aconsejada para mantener un buen estado de salud				
17. Tiene una adecuada higiene (ej. dientes, pelo, uñas, cuerpo) e imagen personal (ej. ropa adecuada para su edad, para la ocasión, etc.)				

18. Se mueve por diferentes espacios (interiores y exteriores)				
19. Se toman medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados de discapacidades físicas (ej. espasticidad, rigidez, deformidad, etc.)				
20. Se toman medidas específicas en relación con su movilidad para estimular su independencia				
21. Se toman medidas específicas para prevenir o tratar el dolor				
22. Se presta especial atención al diagnóstico y el tratamiento de las discapacidades sensoriales que pueda tener				
23. Las personas que le proporcionan apoyo ofrecen guía y apoyo acerca de su sexualidad				
Bienestar material	N	AV	F	S
24. El centro al que acude está adaptado a sus características sensoriales, cognitivas, conductuales o físicas.				
25. El centro al que acude toma medidas específicas para evitar riesgos como golpes, caídas y fugas				
26. Tiene un espacio físico con sus pertenencias personales a su alcance				
27. Las ayudas técnicas que necesita han sido adaptadas de forma individual				
28. Dispone de las ayudas técnicas que necesita				
29. Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a las capacidades y limitaciones de la persona				
30. Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a sus deseos y preferencias				
Derechos	N	AV	F	S
31. Las personas que le proporcionan apoyo lo tratan con respeto				
32. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos				
33. En el centro al que acude se respeta su intimidad				
Desarrollo personal	N	AV	F	S
34. Las actividades que realiza le permiten el aprendizaje de nuevas habilidades				
35. Aprende cosas que le hacen ser más independiente				
36. En el centro se le proporcionan instrucciones y modelos para aprender cosas nuevas				
Inclusión social	N	AV	F	S
37. Tiene oportunidades de conocer otros entornos diferentes al lugar donde vive (ej. viajar hacer excursiones, rutas turísticas, etc.)				
38. Participa en actividades fuera del centro con personas ajenas a su contexto de apoyos				
39. Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales				
40. Participa en actividades sociales fuera del lugar donde recibe servicios o apoyo				

Relaciones interpersonales	N	AV	F	S
41. En el centro al que acude se identifica la mejor forma de comunicarle información				
42. En el centro al que acude se diseñan actividades que facilitan las interacciones personales entre compañeros/as				
43. En el centro al que acude se planifican actividades o apoyo que le permitan la interacción social				
44. Se toman medidas específicas para mejorar sus habilidades de comunicación				
45. Tiene la oportunidad de conocer a personas ajenas al contexto de apoyo				

Tomado de Verdugo et al. (2014).



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Johanna Andrea Romero Sigcho, con C.C: # 0703687749 autora del trabajo de titulación: *Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia médico del barrio en el distrito 09d04 del primer nivel de atención* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de octubre del 2022



Firmado electrónicamente por:
JOHANNA ANDREA
ROMERO SIGCHO

f. _____
Nombre: Johanna Andrea Romero Sigcho
C.C: 0703687749



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis de la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la estrategia médico del barrio en el distrito 09d04 del primer nivel de atención		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Romero Sigcho, Johanna Andrea		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Lapo Maza, María del Carmen Silva Gutiérrez, Paola		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 octubre 2022	No. DE PÁGINAS:	116
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad de vida, Inclusión		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Calidad de vida, Pacientes, Discapacidad, Distrito, Centro de atención, Primer Nivel.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La calidad de vida en torno a los pacientes con discapacidad les ayuda de forma significativa a su bienestar personal, desarrollo en sus actividades laborales y sociales, al igual que, la tranquilidad de sus familiares o cuidadores. El objetivo general se centró en analizar la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos por la Estrategia Médico del Barrio del Distrito 09d04 del primer nivel de atención. La metodología estuvo estructurada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, alcance descriptivo, tipo transversal y método deductivo con una muestra de 367 personas, a través de un cuestionario de ocho dimensiones. Los resultados dados en la encuesta reflejaron que el 55.3% pertenece al género femenino, el 40.6% oscila más de los 51 años con un estado civil de casado/unido y un nivel socioeconómico bajo representado por el 49.9%, la familia es su principal fuente de apoyo y existe un alto porcentaje que posee discapacidad física en un 75 al 84%. La propuesta se enfocó en estrategias basadas en el bienestar emocional, desarrollo personal y relaciones interpersonales mediante un listado de conductas observables que pueden indicar un estado de ánimo particular con el uso de un formulario de registro, musicoterapia e intérprete de lenguaje de señas o de un traductor.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	0997176270	yoyromero@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: 043804600 / 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			