



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA
CIUDAD DE TACNA, TACNA-2015**

TESIS

PRESENTADO POR:

BACH. MORALES CHECALLA, FELIX DANIEL

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN.**

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA CIUDAD DE TACNA,
TACNA-2015**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título profesional de Licenciado en Tecnología Médica, Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

Dr. Raúl Alberto García Castro

C.D. Alfredo Góngora Quispe

Lic. Yoana Mardely Senmache Balladares

Tacna – Perú

2016

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaron, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, ayuda en los momentos difíciles y apoyo con los recursos necesarios para estudiar, a mi esposa e hijos por su invaluable apoyo y por darme el coraje para conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS todopoderoso por brindarme la oportunidad de culminar satisfactoriamente mi carrera profesional, por darme salud, sabiduría y entendimiento para lograr esta meta.

A mis queridos padres Félix Morales y Dula Checalla por darme su apoyo incondicional en todo momento.

A mi esposa Dominga Chaparro por su paciencia y constante apoyo.

A mis hijos Erika y Elí quienes fueron mi impulso de lucha.

A la ilustre UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por su formación académica y por darme la posibilidad de egresar, me siento sumamente orgulloso de ser un profesional UAP.

A todos los profesores por su dedicación y atención incondicional, muchas gracias por todo.

RESUMEN

El objeto del estudio fue determinar de qué manera influyen los servicios de rehabilitación en la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, en el año 2015. Se realizó un estudio tipo básico, con diseño no experimental correlacional; La metodología implica una muestra de 116 personas con discapacidad física, pertenecientes a 10 asociaciones de personas con discapacidad; para el recojo de la información sobre calidad de vida se aplicó un cuestionario de 44 ítems y otro 11 ítems para evaluar los servicios de rehabilitación. Los Resultados de la calidad de vida dan 109,92 puntos en la escala de calificación, que significa mala calidad de vida, donde: el 57,76% no goza de bienestar social, el 54,31% no tiene buenas relaciones interpersonales, el 50.86% poco bienestar material, el 67,24% poco desarrollo personal, el 51,72% no son auto determinantes, el 59,48% sufren de exclusión social y el 56.89% son privados de sus derechos. Sobre los servicios de rehabilitación el 63.8% se queja del poco interés de los médicos, el 58.6% no les brindan información adecuada, el 58.6% esperan mucho para ser atendidos, el 55,2% se queja de los procedimientos fisioterapéuticos inadecuados, el 54,3% indica que el equipamiento y la infraestructura para su atención es inadecuada. En conclusión queda comprobado que existe relación significativa entre la calidad de vida y el servicio de rehabilitación que reciben las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna.

Palabras clave: Discapacidad física, servicio de rehabilitación, calidad de vida.

ABSTRACT

The purpose of the study was to determine how they influence the rehabilitation services in the quality of life of people with physical disabilities in the city of Tacna, 2015. a basic type study was conducted, with correlational not experimental design; The methodology involves a sample of 116 physically disabled, belonging to 10 associations for the disabled; for the gathering of information on quality of life questionnaire 44 items and another 11 items to assess rehabilitation services was applied. Results of the quality of life give 109.92 points in the rating scale, which means poor quality of life, wherein: the 57.76% does not enjoy social welfare, 54.31% do not have good interpersonal relations, material well-being 50.86% short, 67.24% the little personal development, 51.72% are non-self-determining, the 59.48% suffer from social exclusion and 56.89% are disenfranchised. On rehabilitation services 63.8% complain of little interest from doctors, 58.6% do not provide them with adequate information, 58.6% expect a lot for treatment, 55.2% complain of inadequate physiotherapy procedures, indicating 54.3% the equipment and infrastructure for care is inadequate. In conclusion it is found that there is significant relationship between quality of life and rehabilitation service receiving the physically disabled of the city of Tacna.

Keywords: Disability, rehabilitation service, quality of life.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| INDICE DE CONTENIDO | vii |
| INDICE DE TABLAS | x |
| INTRODUCCIÓN | 01 |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1 Planteamiento del problema | 03 |
| 1.2 Formulación del problema | 05 |
| 1.3 Objetivos de investigación | 06 |
| 1.3.1 Objetivo general | 06 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 06 |
| 1.4 Limitaciones | 06 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 07 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS | 10 |
| 2.2.1 Discapacidad | 10 |
| 2.2.2 Causas de la discapacidad | 12 |
| 2.2.3 Consecuencias de la discapacidad física en el Perú | 12 |

| | | |
|---------------------------|--|----|
| 2.2.4 | Tipos de discapacidad | 15 |
| 2.2.5 | Discapacidad física | 17 |
| 2.2.6 | Tipos de discapacidad física | 18 |
| 2.2.7 | Causas de los diferentes tipos de discapacidad física..... | 20 |
| 2.2.8 | Estrategias de prevención de discapacidades | 22 |
| 2.2.9 | Rehabilitación de la discapacidad física | 26 |
| 2.2.10 | La calidad de vida | 27 |
| 2.2.11 | Calidad de vida y situación de discapacidad | 29 |
| 2.2.12 | Calidad de vida y salud..... | 33 |
| 2.2.13 | Dimensiones de la calidad de vida | 35 |
| 2.3 | DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 39 |
| 2.4 | HIPÓTESIS | 42 |
| 2.4.1 | Hipótesis General | 42 |
| 2.4.2 | Hipótesis específicas | 43 |
| 2.5 | VARIABLES | 43 |
| 2.5.1 | Identificación de variables..... | 43 |
| 2.5.2 | Definición operacional de variable | 43 |
| 2.5.2 | Operacionalización de variables | 55 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA | | |
| 3.1 | TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 45 |
| 3.1.1 | Tipo de estudio | 45 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.2 Nivel de investigación | 45 |
| 3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN | 45 |
| 3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 3.4 POBLACION Y MUESTRA..... | 46 |
| 3.4.1 Población | 46 |
| 3.4.2 Muestra..... | 47 |
| 3.4.3 Criterios de selección de muestra..... | 48 |
| 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS . | 49 |
| 3.6 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... | 49 |
| 3.7 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTO | 49 |
| 3.7.1 Recolección de la información | 49 |
| 3.7.2 Procesamiento de datos | 50 |
| 3.8 MATERIALES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... | 51 |
| 3.8.1 Instrumentos y equipos..... | 51 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | |
| 4.1 RESULTADOS SOBRE LAS CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA..... | 52 |
| 4.2 RESULTADOS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA | 72 |
| 4.3 SERVICIOS DE REHABILITACION | 91 |
| 4.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS..... | 116 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| DISCUSIONES | 118 |
| CONCLUSIONES | 122 |
| RECOMENDACIONES..... | 124 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 126 |
| ANEXOS..... | 130 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA N° 01: Edad de los pacientes con discapacidad Física | 52 |
| TABLA N° 02: Género de las personas con discapacidad Física | 55 |
| TABLA N° 03: Residencia de las personas con discapacidad física..... | 57 |
| TABLA N° 04: Grado de instrucción de las personas con discapacidad física | 59 |
| TABLA N° 05: Ocupación de los pacientes con discapacidad física..... | 61 |
| TABLA N° 06: Estado civil de las personas con discapacidad..... | 63 |
| TABLA N° 07: Tipos de discapacidad física..... | 65 |
| TABLA N° 08: Edad de inicio de la discapacidad física | 67 |
| TABLA N° 09: Origen de la discapacidad física..... | 69 |
| TABLA N° 10: Bienestar social | 72 |
| TABLA N° 11: Relaciones interpersonales | 74 |
| TABLA N° 12: Bienestar Material..... | 76 |
| TABLA N° 13: Desarrollo personal..... | 78 |
| TABLA N° 14: Bienestar físico | 80 |
| TABLA N° 15: Autodeterminación..... | 82 |
| TABLA N° 16: Inclusión social | 84 |
| TABLA N° 17: Usos de los derechos | 86 |
| TABLA N° 18: Nivel de calidad de vida | 88 |
| TABLA N° 19: Interés del médico que lo atiende | 91 |

| | |
|---|-----|
| TABLA Nº 20: Trato del médico que lo atiende..... | 93 |
| TABLA Nº 21: Información que le brinda respecto a su discapacidad | 95 |
| TABLA Nº 22: Tiempo que le brinda durante la consulta | 97 |
| TABLA Nº 23: Accesibilidad al gimnasio..... | 99 |
| TABLA Nº 24: Tiempo en la sala de espera..... | 101 |
| TABLA Nº 25: Calidad en la aplicación de los procedimientos | |
| Fisioterapéuticos..... | 103 |
| TABLA Nº 26: Accesibilidad a los establecimientos de servicios de | |
| Salud | 105 |
| TABLA Nº 27: Servicios de rehabilitación según las asociaciones | 107 |
| TABLA Nº 28: Equipamiento de los servicios de rehabilitación | 110 |
| TABLA Nº 29: Infraestructura de los servicios de rehabilitación | 112 |
| TABLA Nº 30: Nivel de servicios de rehabilitación | 114 |

INTRODUCCIÓN

El problema de fondo de la mayoría de las Personas con Discapacidad es la ausencia de una solución integradora a su rehabilitación, puesto que, no existe una cobertura necesaria y proporcional de los centros de rehabilitación requeridos. A esto se le suma el hecho de que dichos centros no están al alcance económico de sus potenciales usuarios, ni están ubicados en áreas accesibles, donde se concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad.

Como podemos apreciar existe un déficit en los servicios de atención, especialmente para las personas con discapacidad, esta situación afecta la calidad de vida tanto desde el punto de vista personal, como político y científico. No puede olvidarse que la discapacidad está asociada a situaciones que suelen restringir la participación social y, por tanto, con mayor riesgo de ver seriamente amenazada la calidad de vida de estas personas. En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo determinar el estado actual de los servicios de rehabilitación con los que tienen a su disposición las personas con discapacidad con variante física y los efectos en la calidad de vida. Los resultados se presentan de la siguiente manera:

En el primer capítulo se presenta: el planteamiento del problema, la formulación, los objetivos, la justificación y las limitaciones de la presente investigación.

En el segundo capítulo: se desarrolla el marco teórico, que contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas sobre la rehabilitación y la calidad de vida de las personas con discapacidad. Además se exponen los términos básicos utilizados, las hipótesis de investigación, las variables y su operacionalización.

En el tercer capítulo: se expone el marco metodológico, donde se define el tipo, nivel y diseño de la investigación, los métodos, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el plan de recolección y el procesamiento de instrumentos, materiales e instrumentos de recolección de datos.

En el cuarto capítulo: se presentan los resultados que se exponen en los cuadros y gráficos, así como las pruebas de hipótesis correspondientes. Finalmente se presentan las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. Por esta razón es importante contar con servicios que aseguren una calidad de vida de la persona con discapacidad, acorde con sus necesidades vitales, su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

En este sentido, en las evaluaciones realizadas sobre calidad de vida de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna, he podido notar problemas como son la falta de accesibilidad, creación de leyes y algunas modificaciones, la pobre currícula estudiantil con

la que cuentan, falta de acceso a programas de salud adecuados, bajo nivel económico, entre otros.

Esta situación tiene como motivador la poca importancia que se le presta a los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad, donde observamos que los pocos establecimientos no concentran sus actuaciones en el paciente mediante el conocimiento y comprensión de sus necesidades, expectativas y grado de satisfacción, carecen de medidas de calidad, que trasciendan lo meramente técnico o científico, que permita reevaluar y redefinir la relación con el usuario.

Así mismo, vemos que no son capaces de movilizar recursos intelectuales del colectivo que beneficien a la organización, al individuo y a la sociedad. Ello es muy necesario y trascendente en los Servicios de Rehabilitación, donde la valoración, diagnóstico y prescripción del tratamiento se debe efectuar por profesionales médicos rehabilitadores. Por eso los servicios de rehabilitación no garantizan la continuidad asistencial necesaria de cada proceso, que permita liberar al paciente de las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada. La fragmentación del proceso

deriva en un incremento de las insatisfacciones, especialmente porque la evidencia científica de la eficacia y efectividad de los tratamientos es muy baja.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Interrogante General.

¿De qué manera influyen los servicios de rehabilitación en la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, en el año 2015?

1.2.1 Interrogantes específicas.

- a) ¿Cómo son los servicios de rehabilitación que se brindan a las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna?

- b) ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General.

Determinar de qué manera influyen los servicios de rehabilitación en la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, en el año 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- a) Evaluar los servicios de rehabilitación que se brindan a las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna.

- b) Determinar el nivel de la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna.

1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En términos generales (información, bases científicas, etc.,) para la presente investigación no se presentaron limitaciones que podamos consignar, únicamente se puede mencionar como limitación la población de estudio que se circunscribe a las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según Álvarez(2008), publicó el trabajo de investigación: Eficacia del tratamiento rehabilitador, aplicado en pacientes quemados ingresados en la unidad de Aproquen del hospital metropolitano Vivian. Que tenía como objetivo general conocer la eficacia del tratamiento físico y rehabilitador de los pacientes quemados, ingresados en la Unidad de APROQUEN del Hospital Metropolitano Vivian Pellas, en el periodo que va del 1° de enero al 31 de diciembre de 2008. El diseño metodológico de éste estudio fue tipo descriptivo prospectivo, con un universo de 144 pacientes que ingresaron durante el periodo antes mencionado, constituyendo éstos mismos la muestra de dicho estudio, los cuales fueron sometidos a algún tipo de terapia física y rehabilitadora. La información que se obtuvo fue recolectada directamente por el investigador a través de una ficha con preguntas abiertas y cerradas, cuya fuente de información fue una entrevista con los familiares, el pacientito y el expediente clínico de todos los ingresados en el periodo de estudio y que recibieron tratamiento físico y rehabilitador.

Dentro de los datos y resultados obtenidos, podemos observar que la mayoría de los pacientitos son del sexo masculino con prevalencia de la edad entre los 0-5 años, siendo la procedencia mayoritaria del casco urbano.

En un estudio realizado por (Zapata, A. 2010) titulado; “Diseño de un estimulador eléctrico funcional para rehabilitación física en miembros distales superiores con disfunción motriz”, el objetivo de este trabajo de tesis fue el diseño de un dispositivo no invasivo, económico, portátil y de fácil manejo para lograr la restauración de las funciones motoras de los miembros dístales superiores, específicamente la mano, mediante un patrón de señales de estimulación eléctrica funcional para el control del movimiento de prensión Y tiene como generador de señales un instrumento Virtual con una interfaz de usuario para monitorear y controlar las señales generadas. Asimismo, se plantearon dos opciones para la interfaz de salida dando como resultado la elección del uso de interfaz de puerto paralelo para enviar la señal eléctrica al paciente, al lado de un módulo conversor análogo/digital, aislamiento y los electrodos superficiales correspondientes.

Como conclusión más importante se debe mencionar que este Diseño de un Estimulador Eléctrico Funcional para Rehabilitación de Miembros Distales Superiores demostró, mediante las pruebas realizadas, que la estimulación lograda es bien tolerada por el cuerpo humano. Por lo tanto esto conllevará a obtener una herramienta más para la rehabilitación física en nuestro país, con la ventaja de obtenerse gracias a tecnología desarrollada dentro de este.

En un estudio realizado por (Henaó, C. 2009) sobre “Calidad de vida y situación de discapacidad, el objetivo de este estudio fue identificar y reflexionar sobre la calidad de vida, específicamente en el ámbito de la discapacidad, desde modelos teóricos y herramientas para la medición de este constructo. Materiales y método: Para lograr el objetivo, se analizaron definiciones elaboradas por diferentes autores sobre calidad de vida y su reflexión en torno a la situación de discapacidad. Conclusiones: se abordó de manera sucinta, la medición de calidad de vida con énfasis en el modelo propuesto por Schalock.

Finalmente se presentó la propuesta de utilizar el constructo calidad de vida como herramienta de medición para evaluar las

estrategias y la calidad de resultados de los programas, servicios y tratamientos en el área de salud y rehabilitación, para determinar en qué medida éstos logran impactar la situación de discapacidad.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Si bien es necesario aclarar, que actualmente hay cierta tendencia a utilizar el término diversidad funcional en lugar de discapacidad, por ser más acertado.

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

De otro lado la discapacidad, es entendida como la restricción en la actividad de un individuo debida a cualquier deficiencia (De Lorenzo, R. 2007).

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Para entender mejor:

- Una **deficiencia** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Una **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo.
- determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

2.2.2 Causas de la discapacidad

Causas prenatales: Las discapacidades que se adquieren antes del nacimiento. Estas pueden ser causadas por enfermedades que han dañado la madre durante el embarazo, los accidentes de desarrollo embrionario o fetal o trastornos genéticos.

Causas perinatales: Las discapacidades que se adquieren durante el parto. Esto podría ser debido a la falta prolongada de oxígeno o la obstrucción de las vías respiratorias, daños en el cerebro durante el parto o que el bebé nazca antes de tiempo.

Causas posnatales: Aquella discapacidad adquirida después del nacimiento. Pueden ser debido a accidentes, infección u otras enfermedades.

2.2.3 Consecuencias de la discapacidad física en el Perú

En nuestra sociedad, las personas con discapacidad son víctimas de muchos atropellos. Así mismo, la discriminación se ve en distintos ámbitos como en el sector salud, en el estatal, en el político, etc. A continuación,

detallaremos algunas de las consecuencias que sufren las personas con discapacidad en la sociedad.

En la actualidad, las personas con discapacidad sufren el constante rechazo de la sociedad, puesto que las personas tienen prejuicios inconsistentes. Además, la discriminación abarca diferentes ámbitos en la sociedad, de modo que es muy difícil combatir contra ella. Esta discriminación trae como consecuencia el retraso en el desarrollo e integración a la sociedad de las personas con discapacidad.

Por otro lado, la consulta nacional sobre discriminación reveló que el 94% de las personas con discapacidad consideran que su derecho a un trabajo digno es el que menos se cumple, lo que coloca a esta demanda por encima del acceso a la salud y a la educación (Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad del Congreso de la República 2005, p. 10). Si estos llegan a conseguir un trabajo, reciben bajo sueldo.

Las personas con discapacidad, por su misma incapacidad, tienen una serie de complicaciones en la salud, de manera que esto origina distintas consecuencias desfavorables. Distintos estudios señalan que la discapacidad está ligada con factores condicionantes de pobreza: embarazo no supervisado, desnutrición, bajo nivel de escolaridad, etc. (Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad del Congreso de la República 2005, p. 11). Por otro lado, el Estado no muestra interés en defender los derechos de las personas con discapacidad, ya que solo destina el 4.94% del presupuestal al sector salud y el MINSA (Ministerio de Salud) dedica el 3.9% a atender la discapacidad.

En conclusión, la sociedad y el Estado se muestran muy indiferentes frente a los problemas de las personas con discapacidad, ya que no se preocupan por el bienestar, desarrollo e integridad de estas personas en la sociedad. Por ello, debemos preocuparnos más por estas personas, porque si bien es cierto tienen una deficiencia, esta no les impide desarrollarse e integrarse en la sociedad.

2.2.4 Tipos de discapacidad.

Ya sabemos que la discapacidad, es una restricción o impedimento en la capacidad de realizar una actividad, bajo el parámetro de lo que es "normal" (refiriéndonos por normal a la "mayoría") para un ser humano. Es una consecuencia o situación, con diferentes factores causales, habiendo por lo tanto, distintos tipos de discapacidad.

En general la población percibe la discapacidad como una condición permanente. Sin embargo, hay discapacidades temporales y discapacidades permanentes. Por ejemplo, fracturarse el brazo o perder grados de visión por la exposición de los ojos a algún agente químico nocivo, puede ocasionar discapacidad temporal. Esto nos hace pensar que cualquiera de nosotros o de nuestros allegados estuvo en situación de discapacidad alguna vez, pero probablemente no lo percibimos de tal forma.

Por otra parte, también hay niveles de discapacidad: leve, moderada o severa. Según el tipo de discapacidad, habrá un profesional o varios profesionales que evalúen a

través de distintas pruebas específicas, el nivel que presenta. Señalar que estos niveles no son siempre fijos. Una persona puede evolucionar o involucionar, y pasar de un nivel severo a leve, o de moderado a severo (también dependiendo del tipo de discapacidad que hablemos).

- Discapacidad Intelectual (Mental, Cognitiva), que es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental, Síndrome de Down.
- Discapacidad Física (motora, motriz...).- Quienes la padecen ven afectadas sus habilidades motrices. Algún ejemplo sería la Parálisis Cerebral, Espina Bífida.
- Discapacidad Sensorial.- Aquí se encuentran aquellas discapacidades relacionadas con la disminución de uno o varios sentidos. Dentro de esta clasificación, diferenciamos entre: D. Auditiva, D. Visual o incluso D. Multisensorial.
- Discapacidad Psíquica.- Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos por el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes." Puede ser provocada por diversos trastornos mentales como la depresión mayor, la

esquizofrenia, el trastorno bipolar, de pánico, esquizomorfo y el Síndrome Orgánico.

2.2.5 Discapacidad física.

La discapacidad física es aquella donde el individuo presenta limitaciones en la realización de movimientos. También pueden estar afectadas otras áreas como el lenguaje o la manipulación de objetos. Algunos ejemplos conocidos pueden ser la parálisis cerebral, la espina bífida, las amputaciones, etc.

Para (Huete, A. 2011) afirma que, la discapacidad física se define como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

La visión que tenemos de la persona con discapacidad física ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar, sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de

implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad. Encontramos personas con discapacidad ocupando cargos importantes en la política, empresarios destacados, músicos, deportistas, artistas etc.

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.

2.2.6 Tipos de Discapacidad física.

LESIÓN MEDULAR: Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones, movimientos y/o sensibilidad.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina.

PARÁLISIS CEREBRAL: Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal.

MAL DE PARKINSON: Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico James Parkinson.

ESPINA BIFIDA: Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la

columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo.

DISTONIA MUSCULAR: Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics regulares o irregulares en una o varias partes del cuerpo.

ACONDROPLASIA: Es una causa común de enanismo, debido a una alteración del cartílago de los huesos largos, se caracteriza por que la persona tiene las extremidades cortas, macrocefalia y la longitud de la columna vertebral normal, entre otras anormalidades fenotípicas.

2.2.7 Causa de los diferentes tipos de discapacidad física.

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes (zambullido, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo).

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, decimos que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos.

Ciertos niños con discapacidad neuro-motora serán capaces de sentarse sin soporte o auxilio, mientras otros necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas de la vida diaria. Para que no haya atraso en su desarrollo, es necesario que al ser diagnosticada de forma precoz la discapacidad o que ante la

sospecha de cualquier lesión neuro-motora, el niño sea inmediatamente atendido por un profesional especializado.

2.2.8 Estrategia de prevención de discapacidades.

Nuestro sistema nacional de salud se encuentra dividido en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario; en el cual, se garantizan todos los problemas de salud de nuestra sociedad. En cada uno se definen distintas estrategias con el único fin de lograr, dar coberturas de salud a toda la población que lo necesita.

a. Prevención primaria: El propósito de este nivel es prevenir mediante el control de los factores causales o de riesgo: predisponentes y facilitadores, protectores o potenciadores. En el caso de los factores predisponentes tenemos las alteraciones genéticas, ejemplo: mediante el control de las embarazadas se realizan los ultrasonidos para la detección precoz de anomalías congénitas.

En el caso de los riesgos facilitadores, ejemplo: esta en los relacionados con la asistencia médica deficiente o no oportuna; que en nuestra situación actual con el trabajo del

médico y enfermera de la familia está garantizada la atención. En el caso de los factores de riesgo protectores, ejemplo: está el desarrollo social de nuestro país, con el cual nuestras comunidades tienen la capacidad para recibir a las personas con discapacidad y atender sus necesidades. En los factores de riesgo potenciadores, ejemplo: la inestabilidad laboral que en nuestra ley de seguridad social se garantiza un empleo para este grupo de riesgo.

En este nivel actúa el equipo de rehabilitación que tiene entre sus funciones actuar en la prevención de discapacidades en su radio de acción.

b. Prevención secundaria: Persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad, mediante diagnóstico y tratamientos precoces; en esencia, su finalidad es detener o retardar el progreso de una enfermedad y sus secuelas en cualquier punto desde su inicio. Su blanco es el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que se realiza

el diagnóstico. en la atención secundaria actual, un equipo multidisciplinario de rehabilitación integrado por el especialista, técnicos de fisioterapia, terapia ocupacional, licenciados en cultura física en función de la rehabilitación, enfermera de rehabilitación, trabajadora social, psicólogo, logopeda, licenciado en tecnología de la salud y pedagogos especialistas en hospitales pediátricos.

c. Atención terciaria: Tiene como propósito retrasar la aparición o el progreso de complicaciones de una enfermedad ya establecida en su etapa clínica por lo que constituye un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora. Consiste en la aplicación de medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por los daños a la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a enfermedades incurables, según el grado de limitación en las actividades de la vida diaria (AVD): Se define como actividades de la vida diaria al conjunto de actividades que realiza una persona para vestirse, comer, aseo e higiene personal) que también son conocidas como auto cuidado, existen otras actividades de la vida diaria

como son la comunicación, actividades intrínsecas (levantarse, agacharse, reclinarse, etc.) y funciona (llevar, elevar, empujar, etc.) función sensorial, funciones manuales, función sexual, actividades sociales y de ocio. Teniendo en cuenta estas funciones se han definido los grados de discapacidad:

- **GRADO I:** discapacidad nula, la deficiencia no limita las AVD.
- **GRADO II:** discapacidad leve. Presenta alguna dificultad en AVD pero puede realizar en la práctica, la totalidad de las mismas.
- **GRADO III:** discapacidad moderada. La deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algún AVD, siendo independientes en las actividades de auto cuidado.
- **GRADO IV:** discapacidad severa. Disminución importante a imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.

- **GRADO V:** discapacidad grave. Imposibilita todas las actividades de la vida diaria.

2.2.9 Rehabilitación de la discapacidad física.

La rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidad, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales, sus Modalidades de la atención en rehabilitación son:

- a. Rehabilitación institucional con extensión a la comunidad.
- b. Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

Es una estrategia de la atención primaria de salud, para la rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad. Su objetivo primordial es disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad. Se implementa a través de los esfuerzos combinados propios de la persona con discapacidad, su familia, los apropiados servicios de salud, educacionales, vocacionales y sociales.

2.2.10 La Calidad de vida.

La calidad es el grado de bondad de las cosas en general. La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

En un ambiente rural, sin adelantos técnicos, donde las personas viven una vida más de acuerdo con la naturaleza y alejados del progreso, sentirán satisfechas sus necesidades con menores recursos materiales. En las modernas

sociedades urbanas, un individuo se sentirá insatisfecho y con poca calidad de vida si no puede acceder a las innovaciones tecnológicas que lo dejan relegado del mundo globalizado y competitivo.

En el estudio de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad se han asumido diversas posiciones conceptuales, aunque muchos investigadores coinciden en señalar que comprende los mismos factores en personas con o sin discapacidad. Brown⁶ dice que la calidad de vida puede analizarse en función de los distintos tipos de discapacidad y de la edad de los individuos, pero los principios esenciales son los mismos y tienen aplicación en distintas edades y grupos de discapacidad.

(Schalock R., et, al 1989), sostienen también que el constructor de calidad de vida es esencialmente igual para personas con discapacidad o sin ella, y que toda persona tiene las mismas necesidades y deseos de afiliación, sentido de lo que es valioso, y da importancia a poder elegir y tomar decisiones.

Schalock R., (2004). Este autor considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

2.2.11 Calidad de vida y situación de discapacidad.

Desde el modelo biopsicosocial que da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, la discapacidad se asume como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del

individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, teniendo en cuenta las expectativas y exigencias de su entorno. En el estudio de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad se han asumido diversas posiciones conceptuales, aunque muchos investigadores coinciden en señalar que comprende los mismos factores en personas con o sin discapacidad.

Por su parte (Flanagan P. 1976), sugiere que cuando se trate de evaluar la estructura dimensional que supone el concepto de calidad de vida, se deben realizar algunos ajustes para tener en cuenta los límites impuestos por las discapacidades. En todo caso, se debe tener precaución al tratar este tema en personas con discapacidad, y no suponer que presentan exactamente iguales características que en otros tipos de población. Entre los aspectos particulares de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad está la relevancia dada a todos los aspectos de la conducta de la persona y su integración en el ambiente, incluyendo las

ayudas técnicas necesitadas y las distintas estrategias para superar la situación de discapacidad.

Particularmente en el ámbito de la discapacidad, una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones en distintos países y poblaciones en situación de discapacidad es la de Schalock; Este autor considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos(Flanagan P. 1976).

La calidad de vida y la situación de discapacidad son conceptos complejos y multidimensionales que no sólo tienen relación con componentes objetivos como tipo de trabajo, nivel socioeconómico, estado de salud, sino que también dependen de factores tan subjetivos como escala de valores, creencias y expectativas de cada persona,

integrados a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental.

Para tratar de abordar la complejidad propia de dicho concepto en el ámbito de las ciencias de la salud se emplea el concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)” como concepto multidimensional, para incorporar los distintos aspectos del bienestar auto percibido (recoge el punto de vista del paciente) y dinámico (Rojo F. et, al 2002).

La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultado son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención, unido a las características de los problemas de salud y al desarrollo de nuevos productos farmacológicos de tecnología sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud. Por lo tanto, se podría afirmar que la atención se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida.

2.2.12 Calidad de vida y salud

Una de las aproximaciones a la Calidad de Vida con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en salud. (SirgyM., 2001) la describe como una perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de Calidad de Vida. Se ha considerado la salud como uno de los principales dominios responsable de la Calidad de Vida.

Esta creencia proviene, en gran parte, de la propia definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2004). La Calidad de Vida constituye un marco conceptual en el que los temas relacionados con la salud pueden ser revisados positivamente y de forma holística.

El constructo Calidad de Vida, como noción más subjetiva, multifactorial e individual que otras utilizadas para evaluar el estado de salud de poblaciones e individuos (como Deficiencia, Discapacidad o Minusvalía), integra una

nueva dimensión: la salud perceptual, en sus componentes físicos, psíquicos y sociales (Herisson C. & Simón L. 1993).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud es una noción más restringida que Calidad de Vida, y ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas (Patrick D. & Erickson P. 1993). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se preocuparía por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (Badia LI.& García, A. 2000). Debe tener en cuenta el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, el bienestar mental y social, y las percepciones de, y la satisfacción con, los niveles que se hayan alcanzado en estos aspectos.

2.2.13 Dimensiones de la calidad de vida de la persona con discapacidad.

Partiendo del marco teórico propuesto por Schalock y Verdugo, calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida.

Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas (Schalick R. 2004). De este modo, los principales usos del concepto de calidad de vida son de tres tipos. Primero, como un marco de referencia para la prestación de servicios. Segundo, como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia. Y

tercero, como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad.

Entendemos las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalick R. 2004).

A continuación, se presenta una breve definición de cada una de las ocho dimensiones del modelo, así como los indicadores seleccionados para operativizar dichas dimensiones, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacional (Hueté A. 2011).

Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Auto concepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

Autodeterminación (AU): decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

2.3.1 ACCESIBILIDAD: Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones.

2.3.2 ASISTENCIA SOCIAL: Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones.

2.3.3 AUTOSUFICIENCIA: Capacidad que adquieren las personas para, por sí mismas, satisfacer sus necesidades básicas.

2.3.4 BARRERAS: Factores en el entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Se incluyen: entornos físicos inaccesibles, falta de una adecuada asistencia tecnológica y actitudes negativas hacia la discapacidad.

2.3.5 CALIDAD DE VIDA: Se define a un conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa. Es una categoría dada a alguien o algo, importancia o gravedad de una cosa. Consideración Social, Civil y Político.

2.3.6 DEFICIENCIA: Anormalidad o pérdida de una estructura corporal o función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales, Por tanto, deficiencia, hace referencia a una alteración en las estructuras anatómicas o en las funciones de las mismas.

2.3.7 DISCAPACIDAD FÍSICA: Es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

2.3.8 IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: Se entiende el proceso por medio el cual los diversos sistemas de la sociedad, el

entorno físico, los servicios, las actividades, la información la documentación, se ponen a disposición de todos (as), especialmente de las personas con discapacidad.

2.3.9 INCLUSIÓN: Es una serie permanente de procesos en los cuales los niños (as) y adultos con discapacidad tienen la oportunidad de participar plenamente en todas las actividades que se ofrecen a las personas que no tienen discapacidad.

2.3.10 INTEGRACIÓN: Consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencia que el resto de la comunidad, participando en diferentes ámbitos (familiar, escolar, social, laboral, etc.) de tal manera que se eliminen la marginación y la segregación.

2.3.11 PERSONAS CON DISCAPACIDAD: Son aquellas personas que requieren de un proceso de aprendizaje diferente al de las demás personas, es decir que tienen dificultades para realizar ciertas responsabilidades, son personas con deficiencias que están impedidas a realizar acciones normales.

2.3.12 REHABILITACIÓN: La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

2.3.13 SERVICIO DE REHABILITACIÓN: conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de una persona con discapacidad.

2.3.14 VULNERABILIDAD: Se aplica para identificar a aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general.

Los servicios de rehabilitación influyen significativamente en la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, en el año 2015.

2.4.2 Hipótesis específicas.

- a) Los servicios de rehabilitación que reciben las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna, son ineficientes

- b) La calidad de vida de las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna es baja.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.5.1 Identificación de variables.

- a. Variable independiente: Servicios de rehabilitación

- b. Variable Dependiente: Calidad de vida de las personas con discapacidad física.

2.5.2 Definición operacional de variables.

- d. **Servicio de Rehabilitación:** conjunto de actividades orientadas a la recuperación del estado funcional óptimo, de una persona con discapacidad.

- e. **Calidad de vida de las personas con discapacidad:** Condiciones de vida deseadas por una persona con

discapacidad, con relación a necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

2.5.3 Operacionalización de las variables.

| Variables | Indicadores | Rangos | Escala de evaluación |
|--|--|---|--|
| Variable independiente: Servicio de Rehabilitación | Infraestructura | 1 2 3 4 5 | ➤ Buena ➤ Regular ➤ Mala ➤ Muy Mala |
| | Atención al paciente | 1 2 3 4 5 | ➤ Buena ➤ Regular ➤ Mala ➤ Muy Mala |
| Variable dependiente: Calidad de vida | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bienestar emocional ➤ Relaciones interpersonales ➤ Bienestar material ➤ Desarrollo personal ➤ Bienestar físico ➤ Autodeterminación ➤ Inclusión social ➤ Derechos. | 44 - 77 78 - 110 11 - 143 144 -176 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Muy mala calidad ➤ Mala calidad ➤ Buena calidad ➤ Muy buena calidad |

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de estudio

El tipo de investigación según la finalidad que persigue es básica, debido a que se pretende recoger información sobre el estado actual de las unidades de estudio en relación a los servicios de rehabilitación y la calidad de vida. Por el manejo de datos se trata de una investigación de tipo cuantitativo.

3.1.2 Nivel de investigación

Por su nivel de complejidad se trata de una investigación a nivel correlacional, que busca explicar el estado actual del fenómeno, partiendo de la descripción de los fenómenos, para luego buscar sus relaciones entre las variables de estudio.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El ámbito de la investigación es micro regional, debido a que tiene un carácter local, se circunscribe a las personas con

discapacidad física de la ciudad de Tacna, que se encuentran registradas en las asociaciones de personas con discapacidad.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará mediante el método científico, con un enfoque sistémico, donde se seguirán rigurosamente las etapas de observación, identificación del problema, formulación de hipótesis, elaboración del marco teórico, recolección de datos, comprobación de hipótesis y conclusiones. Involucra un diseño no experimental, transversal correlacional. Para el cual, se recogió información mediante la aplicación de encuestas a las unidades de estudio, siendo la fuente de información de primera mano, realizada por el mismo investigador. La información recopilada fue procesada mediante software estadístico SPSS, expuestas en gráficos y tablas de frecuencias. Esta información se interpretó mediante el método de análisis, inducción y deducción.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

Está compuesta por 277 personas con discapacidad física que están registradas en las 10 asociaciones de

personas con discapacidad de la ciudad de Tacna. Cuya distribución poblacional es la siguiente:

| N° | Asociaciones de personas con discapacidad | Población |
|----|---|-----------|
| 01 | CLAREDIFT | 39 |
| 02 | ASPADIS | 65 |
| 03 | Buen pastor | 6 |
| 04 | ADA | 3 |
| 05 | Fe y esperanza | 32 |
| 06 | APHADIJEDMIT | 21 |
| 07 | ADISAA | 45 |
| 08 | San Benito | 6 |
| 09 | ADEC | 48 |
| 10 | San José | 12 |
| | Total | 277 |

3.4.2 Muestra

A. Determinación del tamaño de la muestra.

Criterios:

- n = Tamaño de la muestra
- Z = Nivel de confianza = 95%
- p = Variabilidad positiva = 50%
- q = Variabilidad negativa = 50%
- e = Margen de error = 6%
- N = Tamaño de la población = 277

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Ne^2 + Z^2 pq} = 116$$

B. Distribución de la muestra

| N° | Asociaciones de personas con discapacidad | Población | Muestra |
|----|---|-----------|---------|
| 01 | CLAREDIFT | 39 | 16 |
| 02 | ASPADIS | 65 | 27 |
| 03 | Buen pastor | 6 | 3 |
| 04 | ADA | 3 | 1 |
| 05 | Fe y esperanza | 32 | 13 |
| 06 | APHADIJEDMIT | 21 | 9 |
| 07 | ADISAA | 45 | 19 |
| 08 | San Benito | 06 | 3 |
| 09 | ADEC | 48 | 20 |
| 10 | San José | 12 | 5 |
| | Total | 277 | 116 |

3.4.3 Criterios de selección de la muestra

La selección de la muestra se realizara mediante el método probabilístico con muestreo aleatorio simple, para ello enumeraremos a la población en estudio y seleccionamos el numero al azar hasta completar nuestra cantidad de muestras calculadas.

B. Criterios de Inclusión de la muestra:

- Personas con discapacidad física
- Edad entre 15 a 75 años
- Registrados en las asociaciones de personas con discapacidad
- Varones y mujeres.

C. Criterios de exclusión de la muestra:

- Personas con discapacidad < 15 años.
- Personas con discapacidades distintas a las físicas.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, siendo el instrumento utilizado el cuestionario, mediante el cual se pudo obtener los datos correspondientes a los servicios de rehabilitación y la calidad de vida de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna.

3.6 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento se realizó mediante la opinión de expertos, quienes evaluaron la pertinencia del instrumento para medir las variables de estudio. Gracias a sus opiniones se pudieron realizar los ajustes necesarios.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTO

3.7.1 Recolección de la información.

La recolección de la información fue realizada por el propio investigador, tomando como fuente de información de

primera mano; es decir que la información ha sido recogida de las mismas unidades de estudio.

Para ello primeramente se validaron los instrumentos de recolección de datos, para luego realizar el trabajo de campo. El trabajo de campo se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicaron los cuestionarios de calidad de vida, junto a la ficha de evaluación de la calidad del servicio de rehabilitación, Seguidamente se recurrió a realizar el recojo de información sobre los servicios de rehabilitación mediante la ficha técnica de evaluación. Esta información se tomó entre los meses de junio y julio del 2015.

3.7.2 Procesamiento de datos.

Para procesar los datos que permitan hacer el análisis se utilizaron las técnicas estadísticas conforme dos procedimientos básicos:

- Se organizaron en tablas de frecuencias, con sus respectivos gráficos.
- Se realizaron análisis de frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

- **Se aplicaron medidas de tendencia central (media, moda, desviación estándar)**
- Se confeccionaron cuadros de contingencia.
- Para la comprobación de las hipótesis se recurrió al estadístico chi cuadrado.

3.8 MATERIALES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.8.1 Instrumentos y equipos.

Dado que se trata de una investigación de campo, cuyas variables no requieren de materiales ni equipos especializados ni de laboratorio, únicamente se consideran los siguientes equipos:

- Computadora
- Calculadora
- Materiales de escritorio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

4.1 RESULTADOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Tabla Nº 01

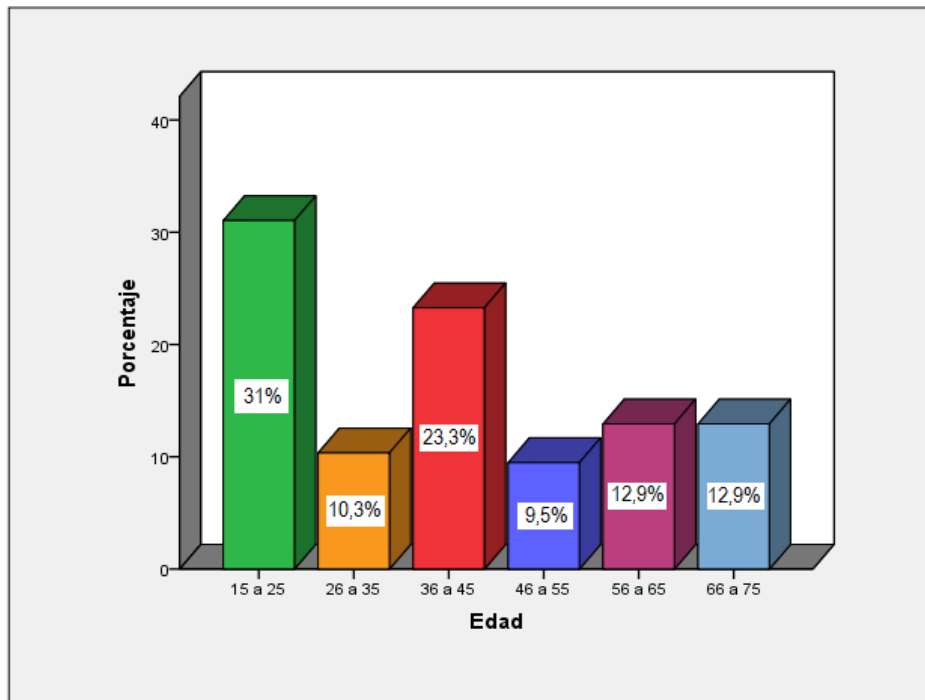
Edad de las personas con discapacidad física.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado | Promedio |
|---------|------------|----------------|----------------------|--------------------------|
| 15 a 25 | 36 | 31,0 | 31,0 | $\bar{x} = 40$ Md =38 |
| 26 a 35 | 12 | 10,3 | 41,4 | |
| 36 a 45 | 27 | 23,3 | 64,7 | |
| 46 a 55 | 11 | 9,5 | 74,1 | |
| 56 a 65 | 15 | 12,9 | 87,1 | |
| 66 a 75 | 15 | 12,9 | 100,0 | |
| Total | 116 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 01

Edad de las personas con discapacidad física.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La tabla N° 01 presenta la información relacionada con la edad de las personas con discapacidad física, donde apreciamos que:

El 31,0% tienen edades entre 15 y 25 años, el 10,3% entre 26 y 35 años; el 23,3% entre 36 y 45 años, el 9,5% entre 46 y 55 años; el 12,9% entre 56 y 65 años y el 12,9% entre 66 y 75 años.

De la información anterior podemos deducir que la mayoría de las personas con discapacidad física de Tacna tienen edades que fluctúan entre 15 a 25 años. Es decir que existe un porcentaje mayoritario de las personas con discapacidad que son muy jóvenes. Sin embargo, hay que destacar que existe una población significativa de personas con discapacidad con edades entre 36 y 45 años.

Ahora los estadísticos descriptivos, permiten deducir que la edad promedio de las personas con discapacidad es de 40 años, corregido con una moda que evidencia una tendencia de 38 años, como grupos predominantes de la muestra.

Tabla N° 02

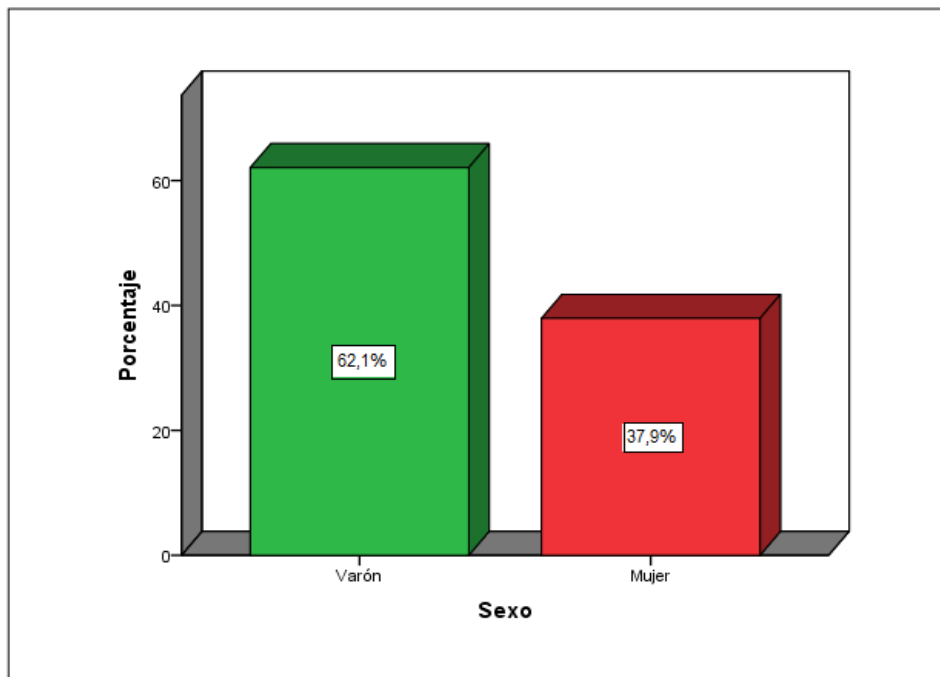
Género de las personas con discapacidad física de Tacna.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|----------------|----------------------|
| Varón | 72 | 62,1 | 62,1 |
| Mujer | 44 | 37,9 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 02

Género de las personas con discapacidad física de Tacna.



Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

La tabla N° 02 presenta la información relacionada con el género de las personas con discapacidad física de Tacna, los cuales indican que el 62.1% son varones y el 37.9% son mujeres.

La información anterior revela que la mayoría de las personas con discapacidad física que se encuentran registrados en las diferentes asociaciones de personas con discapacidad son varones.

Tabla N° 03

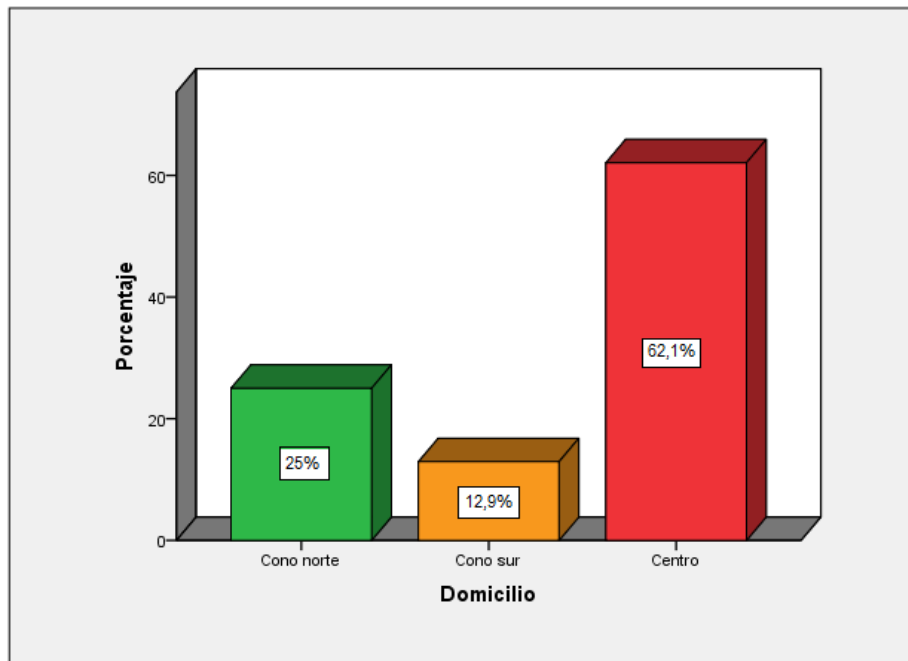
Residencia de las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna.

| Sector | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|----------------|----------------------|
| Cono norte | 29 | 25,0 | 25,0 |
| Cono sur | 15 | 12,9 | 37,9 |
| Centro | 72 | 62,1 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 03

Residencia de las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna.



Fuente: Tabla 3.

Interpretación

La tabla N° 03 presenta la información sobre la residencia de las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna, donde apreciamos que el 25% proviene del cono norte de la ciudad, el 12.9% del cono sur y el 62.1% del centro de la ciudad de Tacna.

De la información anterior deducimos que las personas con discapacidad física provienen de los tres sectores más importantes de la ciudad de Tacna, como norte, cono sur y centro; sin embargo, la mayoría de las personas con discapacidad proviene del centro de la ciudad.

Tabla N° 04

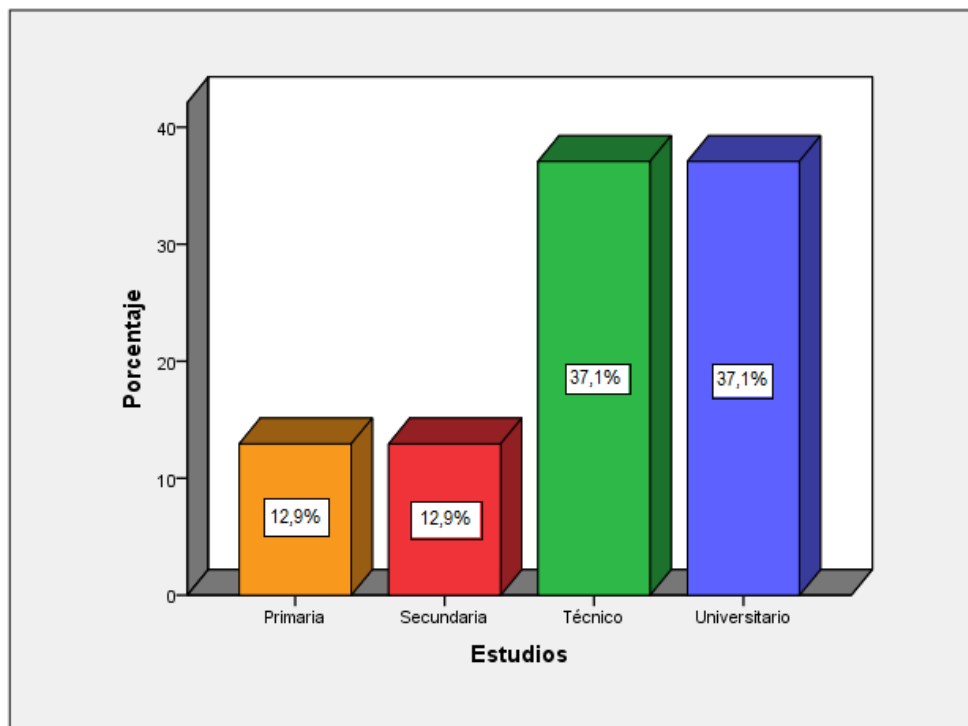
Grado de instrucción de las personas con discapacidad física.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|----------------|----------------------|
| Primaria | 15 | 12,9 | 12,9 |
| Secundaria | 15 | 12,9 | 25,9 |
| Técnico | 43 | 37,1 | 62,9 |
| Universitario | 43 | 37,1 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 04

Grado de instrucción de las personas con discapacidad física.



Fuente: Tabla 4.

Interpretación

La tabla N° 04 presenta la información sobre el grado de instrucción de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, donde apreciamos que el 12,9% estudio solo hasta la primaria, el 12-9% secundaria, el 37,1% nivel técnico y el 37,1% Universitario.

De los datos anteriores deducimos que existe una población mayoritaria de personas con discapacidad en Tacna que tiene estudios técnicos y otros universitarios. Aunque hay que destacar que existe una población significativa del 12,9% que solo posee estudios de primaria. Por tanto, concluimos que las personas con discapacidad tienen un grado de instrucción que les permite desenvolverse adecuadamente en la sociedad.

Tabla N° 05

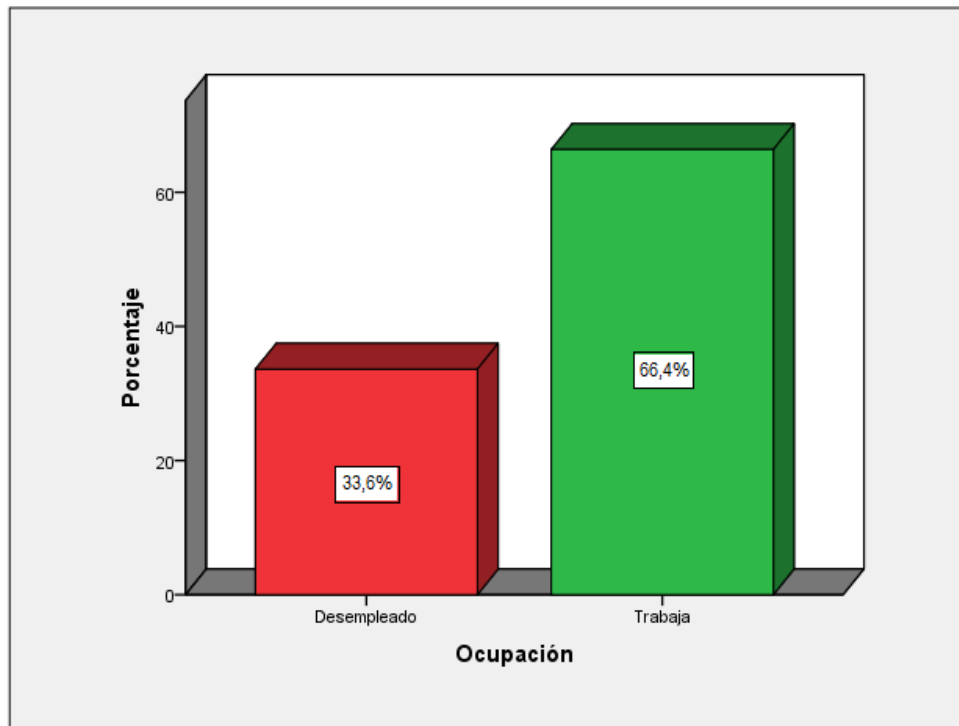
Ocupación de las personas con discapacidad física.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|----------------|----------------------|
| Estudia | 0 | 0 | 0 |
| Desempleado | 39 | 33,6 | 33,6 |
| Trabaja | 77 | 66,4 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 05

Ocupación de las personas con discapacidad física.



Fuente: Tabla 5.

Interpretación

La tabla N° 05 contiene la información sobre la actual ocupación de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna; donde apreciamos que el 0% estudia, el 33,6% es desempleado y el 66,4% trabaja.

De los resultados anteriores deducimos que existe una población mayoritaria de personas con discapacidad física que a pesar de sus limitantes dedican alguna actividad laboral, no obstante existe una población significativa que por diversas razones de salud se encuentran desempleados.

Tabla N° 06

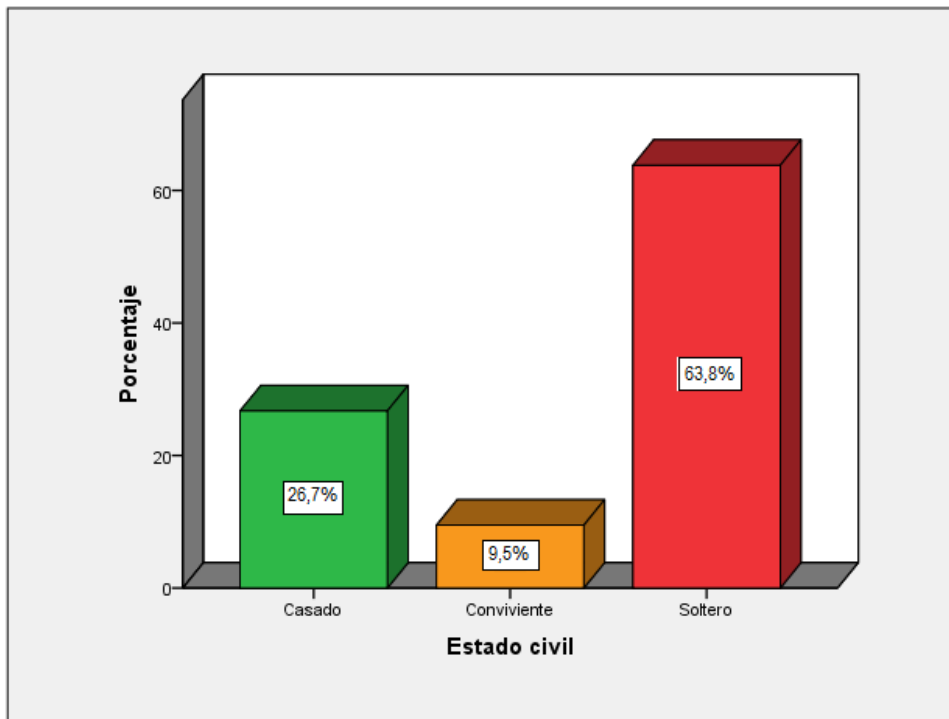
Estado civil de las personas con discapacidad física.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|----------------|----------------------|
| Casado | 31 | 26,7 | 26,7 |
| Conviviente | 11 | 9,5 | 36,2 |
| Soltero | 74 | 63,8 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 06

Estado civil de las personas con discapacidad física.



Fuente: Tabla 6.

Interpretación

La tabla N° 06 presenta los resultados sobre el estado civil de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, donde apreciamos que el 26,7% de las personas con discapacidad es casado, el 9,5% conviviente y el 63.8% es soltero.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física se encuentran en condición de solteros, es decir que no han contraído compromisos maritales. Ahora hay que destacar que una población importante del 36,2% se encuentra en condición de casados y/o convivientes, comparten sus vidas con sus parejas, han logrado realizarse y formar una familia.

Tabla N° 07

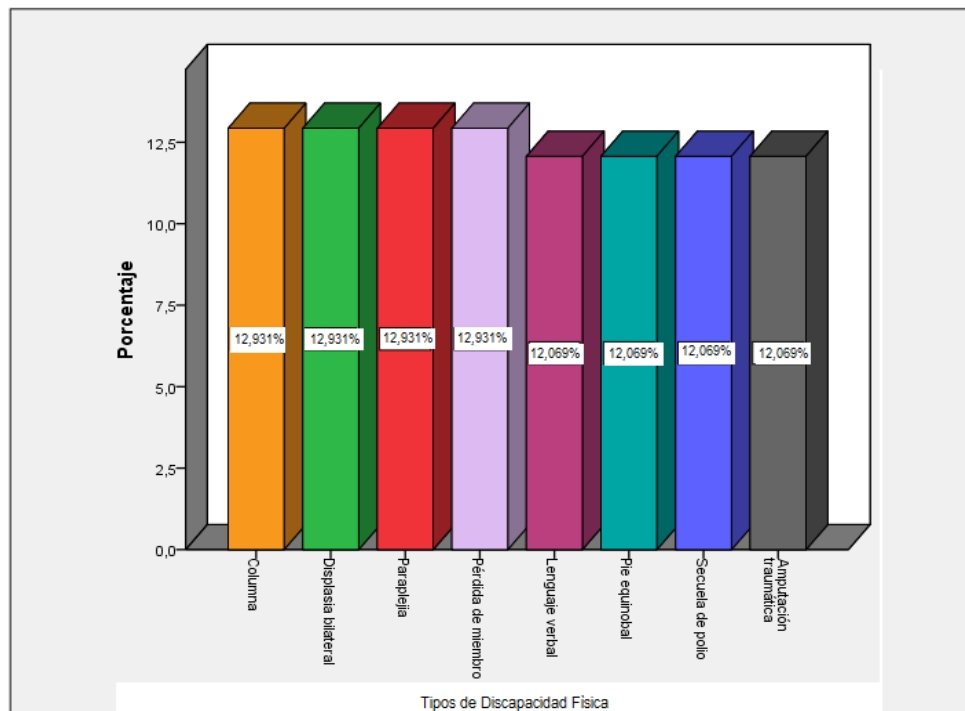
Tipos de discapacidad física.

| Tipo | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|----------------|----------------------|
| Columna vertebral | 15 | 12,9 | 12,9 |
| Displasia bilateral | 15 | 12,9 | 25,9 |
| Paraplejia | 15 | 12,9 | 38,8 |
| Pérdida de miembro | 15 | 12,9 | 51,7 |
| Lenguaje verbal | 14 | 12,1 | 63,8 |
| Pie equinobal | 14 | 12,1 | 75,9 |
| Secuela de polio | 14 | 12,1 | 87,9 |
| Amputación traumática | 14 | 12,1 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 07

Tipo de discapacidad física



Fuente: Tabla 7.

Interpretación

La tabla N° 07 presenta la información sobre el tipo de discapacidad física de las personas con discapacidad, donde apreciamos que:

El 12,9% sufre de la columna vertebral, el 12,9% displasia bilateral, el 12,9% paraplejía, el 12,9% pérdida de miembro, el 12,1% lenguaje verbal, el 12,1% pie equinobal, el 12,1% secuela de polio y el 12,1% amputación.

De la información anterior deducimos que no existe una enfermedad predominante en las personas con discapacidad física, ya que prácticamente todas los tipos de discapacidad están presentes en la muestra.

Tabla N° 08

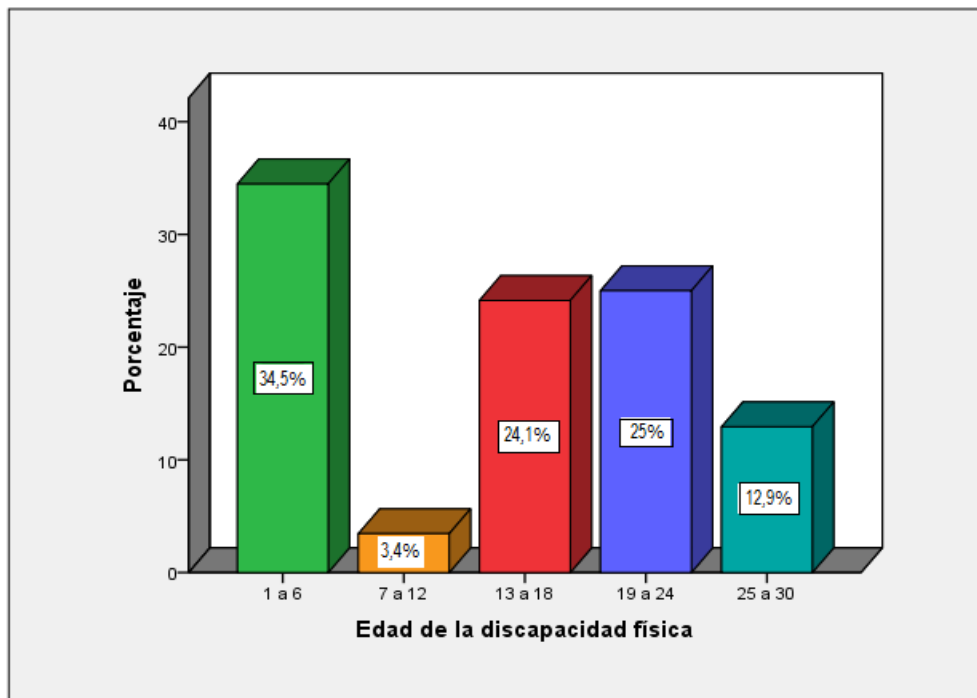
Edad de inicio de la discapacidad física.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado | Promedio |
|---------|------------|----------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 a 6 | 40 | 34,5 | 34,5 | $\bar{x} = 14,02$ Md = 1 |
| 7 a 12 | 4 | 3,4 | 37,9 | |
| 13 a 18 | 28 | 24,1 | 62,1 | |
| 19 a 24 | 29 | 25,0 | 87,1 | |
| 25 a 30 | 15 | 12,9 | 100,0 | |
| Total | 116 | 100,0 | | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 08

Edad de inicio de la discapacidad física.



Fuente: Tabla 8.

Interpretación

La tabla N° 08 presenta la información relacionada con la edad de la discapacidad física; donde el 34,5% adquirió la discapacidad entre 1 a 6 años, el 3,4% entre 7 a 12 años, el 24,1% entre 13 a 18 años, el 25% entre 19 y 24 años y el 12,9% entre 25 y 30 años.

De esta información deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad, adquirió su discapacidad entre 1 a 6 años, con una frecuencia acumulada del 87,1% entre 1 y 24 años, los resultados de tendencia central también indican que el promedio de edad de inicio de la discapacidad de la muestra es de 14 años. Por tanto concluimos que las personas con discapacidad adquieren su discapacidad a muy temprana edad.

Tabla N° 09

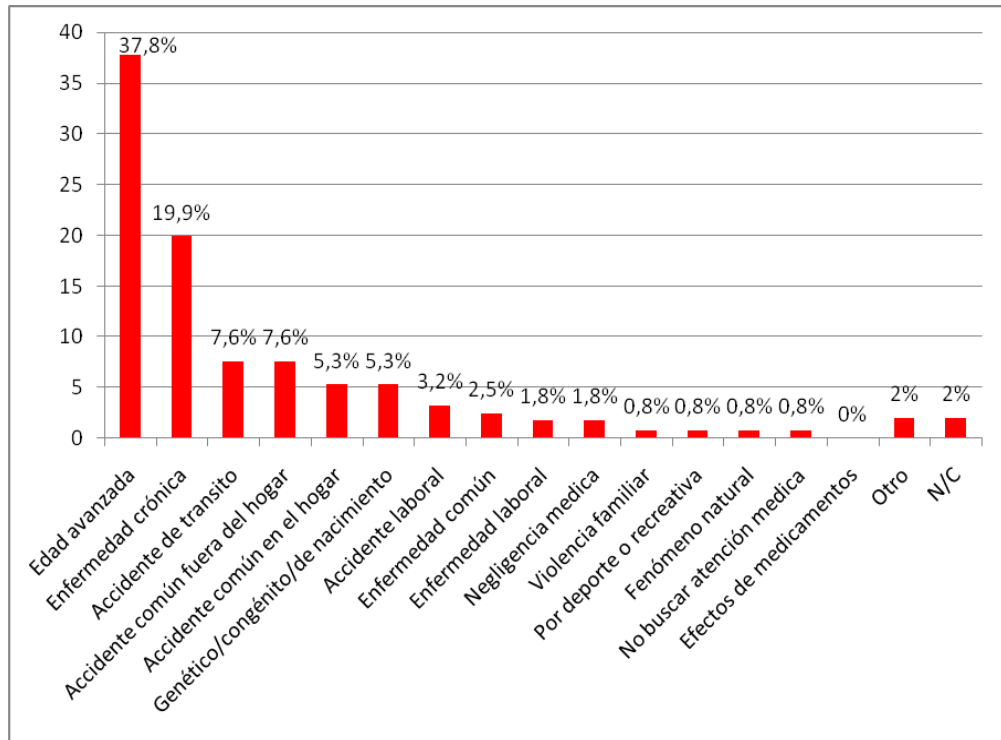
Origen de la discapacidad.

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Edad avanzada | 44 | 37,8 |
| Enfermedad crónica | 23 | 19,9 |
| Accidente de tránsito | 9 | 7,6 |
| Accidente común fuera del hogar | 9 | 7,6 |
| Accidente común en el hogar | 6 | 5,3 |
| Genético/congénito/de nacimiento | 6 | 5,3 |
| Accidente laboral | 4 | 3,2 |
| Enfermedad común | 3 | 2,5 |
| Enfermedad laboral | 2 | 1,8 |
| Negligencia médica | 2 | 1,8 |
| Violencia familiar | 1 | 0,8 |
| Por deporte o recreativa | 1 | 0,8 |
| Fenómeno natural | 1 | 0,8 |
| No buscar atención médica | 1 | 0,8 |
| Efectos de medicamentos | 0 | 0 |
| Otro | 2 | 2 |
| N/C | 2 | 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 09

Origen de la discapacidad.



Fuente: Tabla 9.

Interpretación

La tabla N° 09 presenta la información relacionada con el origen de la discapacidad; donde apreciamos que se han identificado 14 fuentes de origen, entre ellos tenemos, edad avanza, enfermedad crónica, accidente tránsito, accidente común dentro y fuera de hogar, genético/congénito de nacimiento, accidente laboral, enfermedad común o laboral, negligencia

médica, violencia familiar, deporte o recreación, fenómeno natural, falta de atención, efecto de medicamentos y otros.

De todos ellos apreciamos que la mayoría de las personas con discapacidad física tiene origen en la edad avanzada y por enfermedad crónica, con poca proporción por accidentes en el hogar o fuera del hogar y pocos por accidentes laborales.

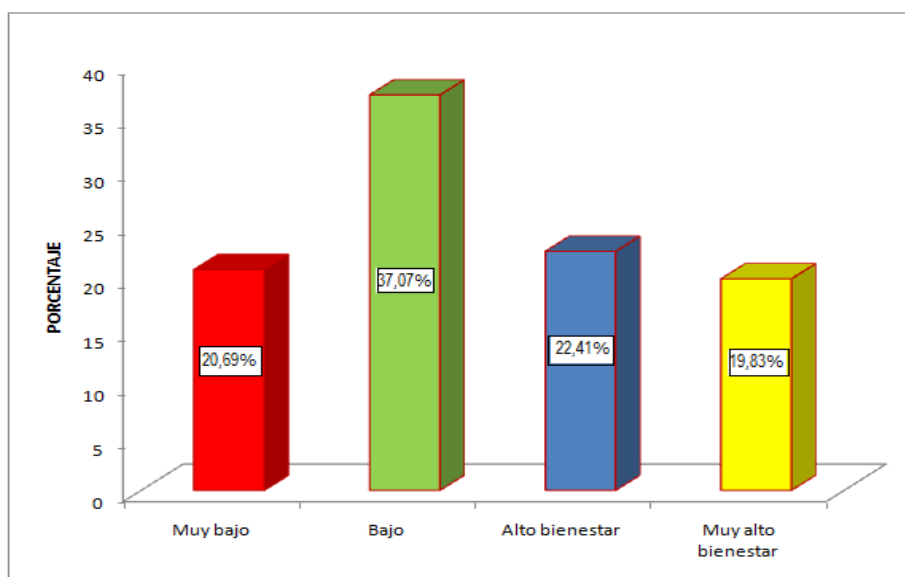
4.2 RESULTADOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE TACNA

Tabla N° 10
Bienestar social.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------|------------|----------------|
| Muy bajo | 24 | 20,69 |
| Bajo | 43 | 37,07 |
| Alto bienestar | 26 | 22,41 |
| Muy alto bienestar | 23 | 19,83 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 10
Bienestar social.



Fuente: Tabla 10.

Interpretación

La tabla N° 10 presenta los resultados sobre el bienestar social de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna. El 20,69% muy bajo bienestar, el 37,07% bajo bienestar, el 22,41% alto bienestar y el 19.83% muy alto bienestar.

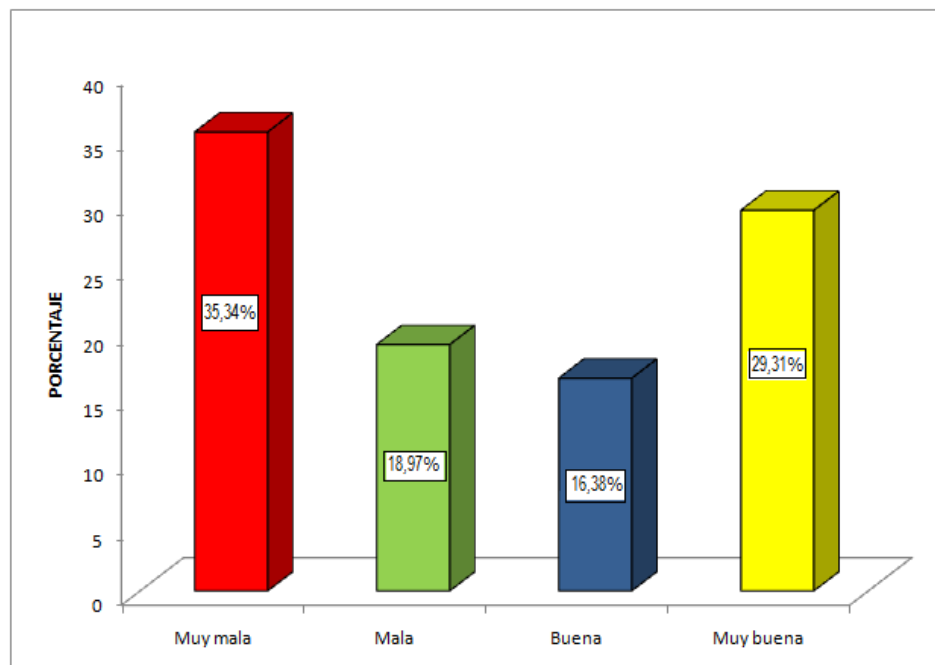
De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física de Tacna sienten que no tienen buen bienestar social, es decir que, no se sienten satisfechos con su actual forma de vida, muestran poca motivación para realizar sus actividades diarias, se sienten poco útiles y tiene sentimientos de incapacidad o inseguridad social.

Tabla N° 11
Relaciones interpersonales.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------|------------|----------------|
| Muy mala | 41 | 35,34 |
| Mala | 22 | 18,97 |
| Buena | 19 | 16,38 |
| Muy buena | 34 | 29,31 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 11
Relaciones interpersonales



Fuente: Tabla 11.

Interpretación

La tabla N° 11 presenta los resultados sobre las relaciones interpersonales de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna. Apreciamos que el 35,34% tiene malas relaciones interpersonales, el 18,97% malas relaciones, el 16,38% buenas relaciones y el 29,31% muy buenas relaciones interpersonales.

De esta información deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad muestra malas relaciones interpersonales, las mismas que se caracterizan por la falta de amigos estables, la compañía de familiares cercanos, no se relacionan con los médicos que los atienden, realizan pocas actividades con otras personas y sienten un poco de rechazo de algunas persona.

Tabla N° 12

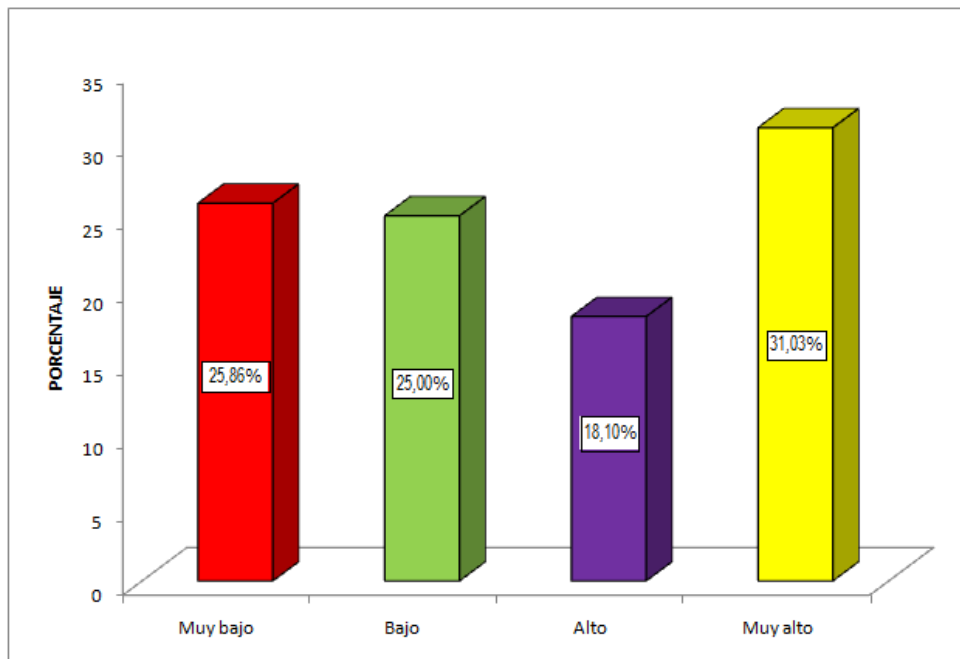
Bienestar Material.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------|------------|----------------|
| Muy bajo | 30 | 25,86 |
| Bajo | 29 | 25 |
| Alto | 21 | 18,10 |
| Muy alto | 36 | 31,03 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 12

Bienestar Material.



Fuente: Tabla 12.

Interpretación

La tabla N° 12 presenta los resultados sobre el bienestar material de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna. Se aprecia que el 25,86% muy bajo bienestar material, el 25% bajo, el 18,1% alto bienestar material y el 31,03% muy alto bienestar material.

De la información anterior deducimos que prácticamente el 50% de las personas con discapacidad física declaran alto bienestar material y el otro 50% bajo bienestar material, es decir disponen de pocos recursos económicos para hacer frente a su situación de discapacidad, no cuentan con ambientes ni materiales adecuados y los ingresos económicos son muy bajos.

Tabla N° 13

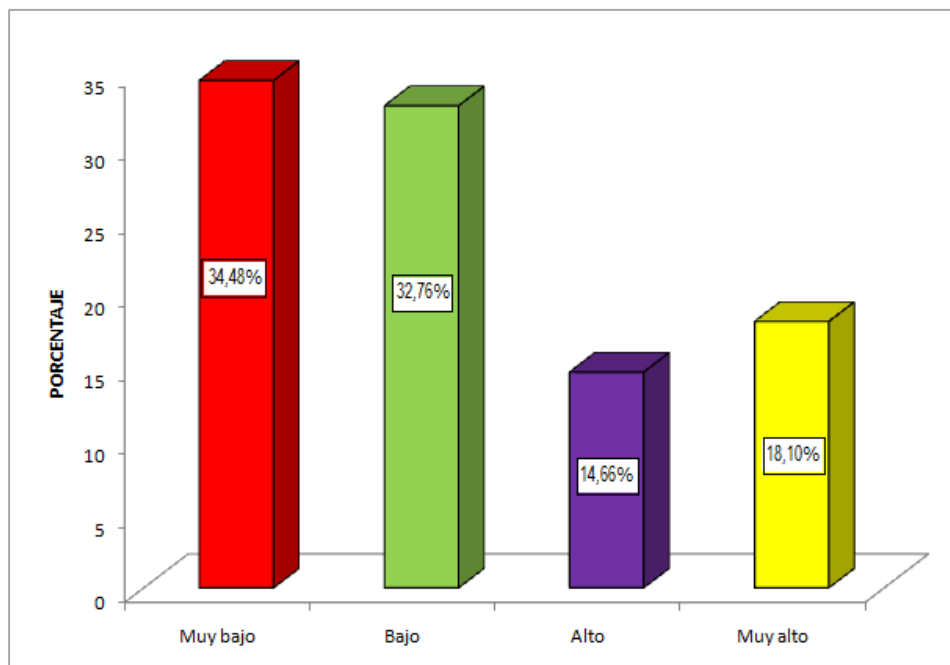
Desarrollo personal.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------|------------|----------------|
| Muy bajo | 40 | 34,48 |
| Bajo | 38 | 32,76 |
| Alto | 17 | 14,66 |
| Muy alto | 21 | 18,10 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 13

Desarrollo personal.



Fuente: Tabla 13.

Interpretación

La tabla N° 13 presenta la información relacionada con el desarrollo personal de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna. Apreciamos que el 34,48% declaran muy bajo desarrollo personal, el 32,76% bajo desarrollo, el 14,66% alto desarrollo personal y el 18,1% muy alto desarrollo personal.

De los resultados anteriores deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna declaran bajo y muy bajo desarrollo persona, que se manifiesta por la dificultad para resolver con eficacia los problemas que enfrentan el día a día, tienen dificultades para manejar la información, así como algunas restricciones al acceso a las tecnologías de información.

Tabla N° 14

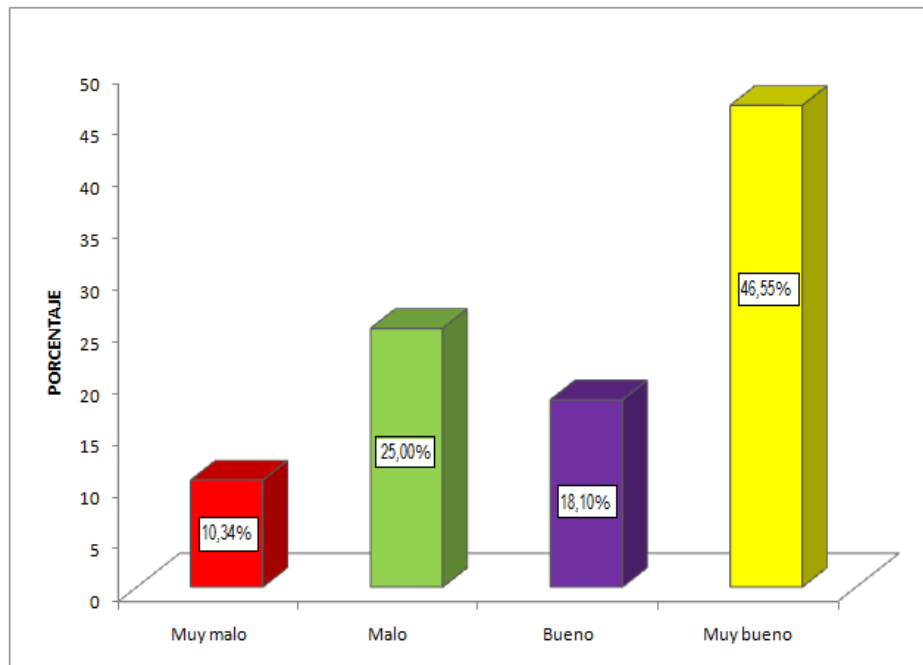
Bienestar Físico.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Muy malo | 12 | 10,34 |
| Malo | 29 | 25 |
| Bueno | 21 | 18,10 |
| Muy bueno | 54 | 46,55 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 14

Bienestar físico.



Fuente: Tabla 14.

Interpretación

La tabla N° 14 presenta la información relacionada con el bienestar físico de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna. El 10,34% muy malo bienestar físico, el 25% malo, el 18,1% bueno y el 46,55% muy bueno.

De esta información deducimos que las personas con discapacidad sienten que tienen un buen bienestar físico, es decir que, tratan de llevar una vida normal, de ser autónomos y tratan de desplazarse de manera independiente. Contrariamente existe un 34,5% de personas con discapacidad que gozan de un buen bienestar físico.

Tabla N° 15

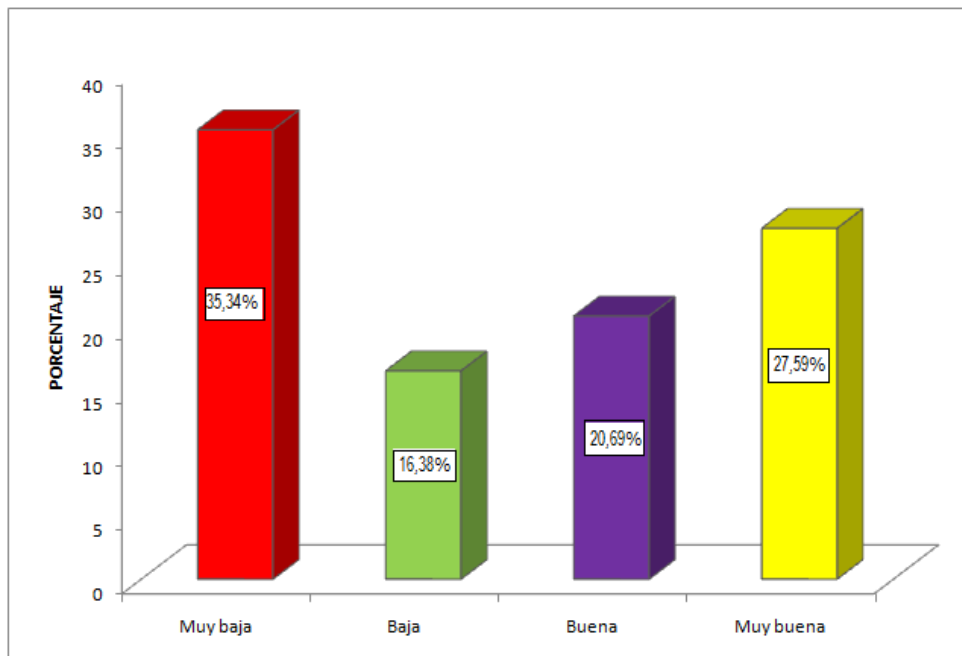
Autodeterminación.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------|------------|----------------|
| Muy baja | 41 | 35,34 |
| Baja | 19 | 16,38 |
| Buena | 24 | 20,69 |
| Muy buena | 32 | 27,59 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 15

Autodeterminación.



Fuente: Tabla 15

Interpretación

La tabla N°15 presenta la información relacionada con la Autodeterminación de las personas con discapacidad; Apreciamos que el 35,34% muy baja autodeterminación, el 16,38% baja, el 20,69% buena y el 27,59% muy buena autodeterminación.

De esta información deducimos que una mayoría parcial de personas con discapacidad física tiene baja capacidad de autodeterminación, significa que en muchas ocasiones otras personas toman decisiones por ellos y organizan su vida cotidiana, algunos tiene dificultades para administrar su dinero entre otras cosas. Sin embargo existe un porcentaje alto de personas con discapacidad física que tienen una alta autodeterminación.

Tabla N° 16

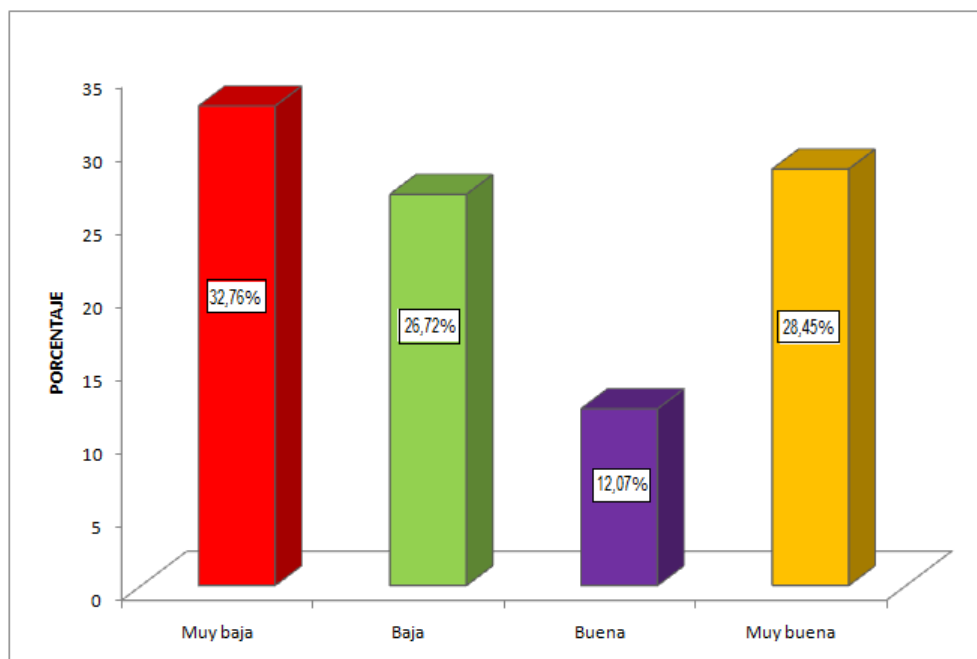
Inclusión social.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------|------------|----------------|
| Muy baja | 38 | 32,76 |
| Baja | 31 | 26,72 |
| Buena | 14 | 12,07 |
| Muy buena | 33 | 28,45 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 16

Inclusión social.



Fuente: Tabla 16.

Interpretación

La tabla N° 16 presenta los resultados sobre la Inclusión social de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna; apreciamos que el 32,76% muy baja inclusión social, el 26,72% baja, el 12,07% buena y el 28,45% muy buena inclusión social.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad declara bajo nivel de inclusión social, se sienten marginados de los grupos sociales, carecen de apoyo para participar en actividades comunitarias y enfrentan barreras sociales que no les permiten insertarse cómodamente a los grupos sociales.

Tabla N° 17

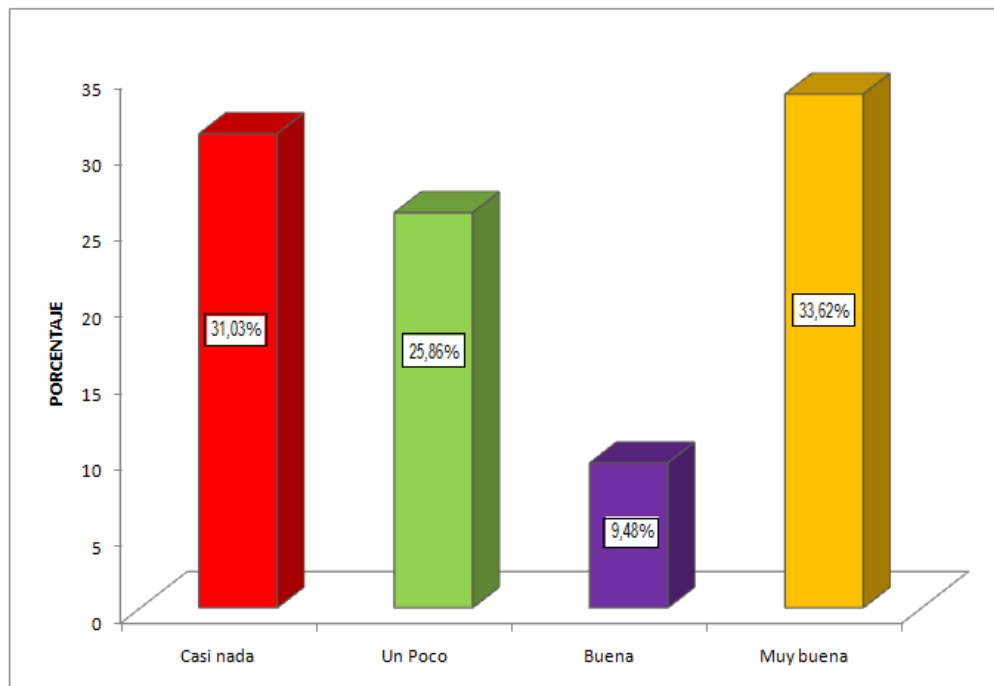
Uso de los derechos.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------|------------|----------------|
| Casi nada | 36 | 31,03 |
| Un Poco | 30 | 25,86 |
| Buena | 11 | 9,48 |
| Muy buena | 39 | 33,62 |
| Total | 116 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 17

Uso de los derechos.



Fuente: Tabla 17.

Interpretación

La tabla N° 17 presenta la información relacionada con los derechos de las personas con discapacidad de la ciudad de Tacna; Apreciamos que el 31,03% nada, el 25,86% un poco, el 9,48% bueno y el 33,62% muy bueno.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad no hacen uso de sus derechos debido a que: tiene dificultad para hacerlos prevalecer, reciben poca información para sus tratamientos, a veces sus familiares vulneran sus derechos personales y algunos servicios comunitarios no respetan sus derechos.

Tabla N° 18

Nivel de calidad de vida de las personas con discapacidad física de Tacna.

| Nivel de calidad de vida | Estadístico |
|--------------------------|-------------|
| Media | 109,92 |
| Mediana | 110,50 |
| Desv. típ. | 6,594 |
| Mínimo | 99 |
| Máximo | 123 |
| Rango | 24 |
| Moda | 103 |

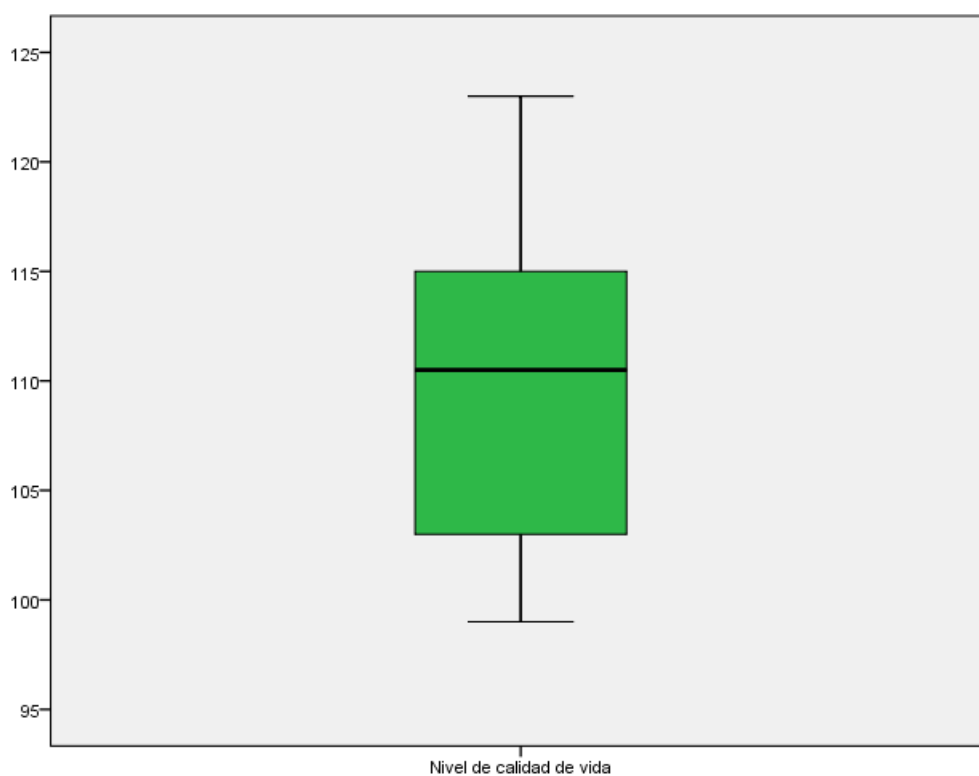
Fuente: Elaboración propia.

ESCALA DE EVALUACIÓN

| | |
|-----------|-------------------|
| 44 - 77 | Muy mala calidad |
| 78 - 110 | Mala calidad |
| 111 - 143 | Buena calidad |
| 144 - 176 | Muy buena calidad |

Figura N° 18

Nivel de calidad de vida de las personas con discapacidad física de Tacna.



Fuente: Tabla 18.

Interpretación

La tabla N° 18 presenta la información relacionada con el nivel de calidad de vida de las personas con discapacidad física de Tacna; Apreciamos que se obtiene una media de 109,9 puntos sobre la escala de evaluación, con una máximo puntuación de 123 puntos y un mínimo de 99 puntos, con una moda de 103 puntos.

De esta información podemos concluir que según la escala establecida, la calidad de vida de las personas con discapacidad física es mala, esta afirmación se apoya en la moda de 103 que viene a representar el nivel predominante de la muestra.

4.3 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Tabla N° 19

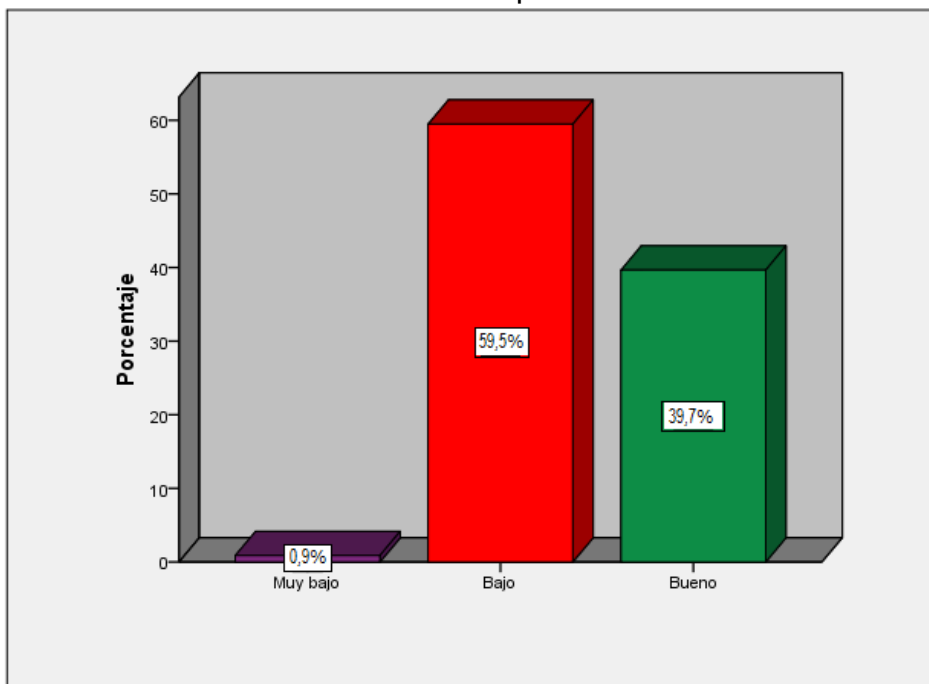
Interés del médico que lo atiende.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|----------------|----------------------|
| Muy bajo | 1 | 0,9 | 0,9 |
| bajo | 69 | 59,5 | 60,3 |
| Bueno | 46 | 39,7 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 19

Interés del médico que lo atiende.



Fuente: Tabla 19.

Interpretación

La tabla N° 19 presenta la información sobre el interés del médico que lo atiende; donde observamos que el 0,9% muy bajo, el 59.5% bajo, el 39,7% bueno.

De la anterior información deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, indican que los médicos que los atienden les muestran poco interés en relación a su enfermedad.

Tabla N° 20

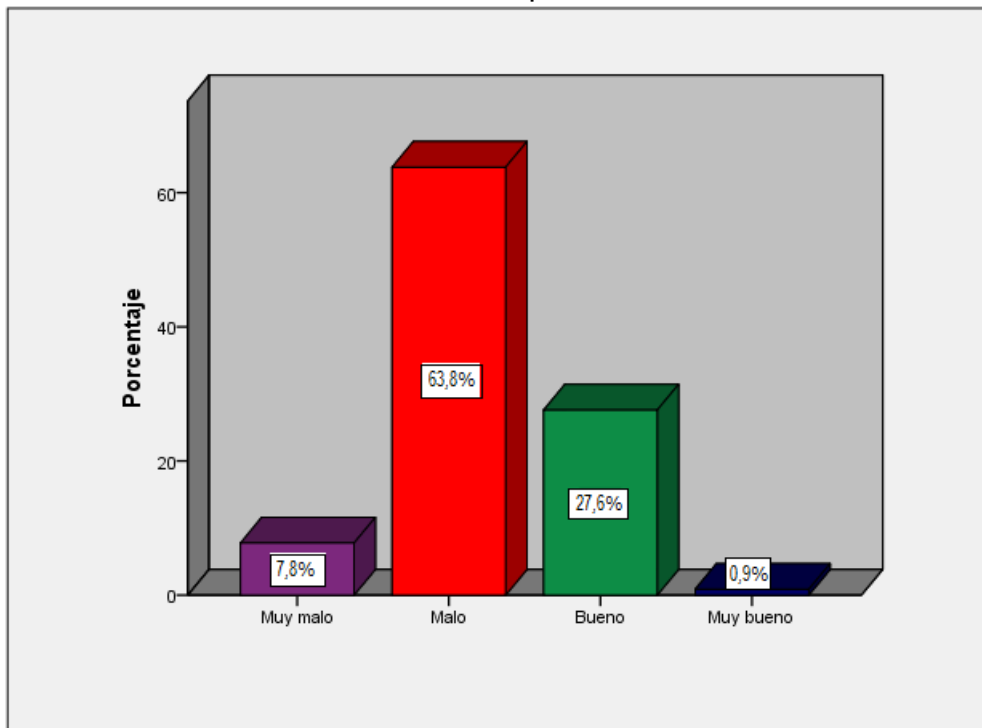
Trato del médico que lo atiende.

| Trato | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|----------------|----------------------|
| Muy malo | 9 | 7,8 | 7,8 |
| Malo | 74 | 63,8 | 71,6 |
| Bueno | 32 | 27,6 | 99,1 |
| Muy bueno | 1 | ,9 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 20

Trato del médico que lo atiende.



Fuente: Tabla 20.

Interpretación

La tabla N° 20 presenta la información relacionada con el trato del médico que lo atiende, donde observamos que el 7,8% muy malo, el 63,85% malo, el 27,6% bueno y el 9% muy bueno.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física indican que no reciben un buen trato por parte de los médicos que los atienden, es decir que manifiestan su descontento con las formas y los diagnósticos que preparan los médicos que los atienden.

Tabla N° 21

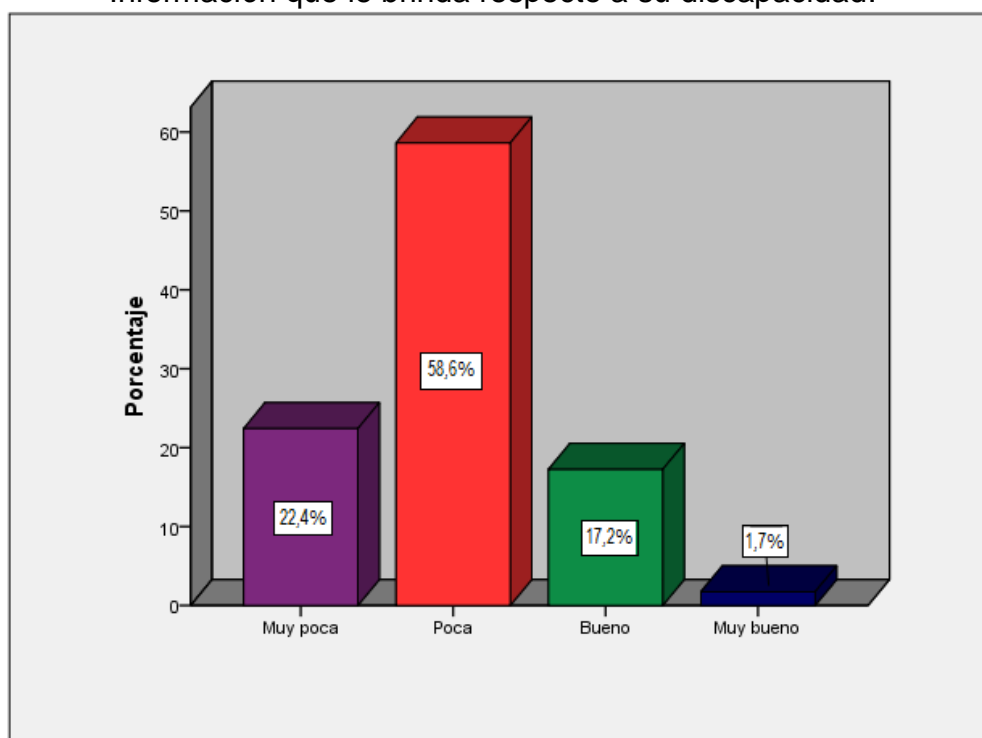
Información que le brinda respecto a su discapacidad.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|----------------|----------------------|
| Muy poca | 26 | 22,4 | 22,4 |
| Poca | 68 | 58,6 | 81,0 |
| Bueno | 20 | 17,2 | 98,3 |
| Muy bueno | 2 | 1,7 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 21

Información que le brinda respecto a su discapacidad.



Fuente: Tabla 21.

Interpretación

La tabla N° 21 presenta la información relacionada con la Información que le brindan los médicos respecto a su enfermedad; Los datos dejan ver que el 2,4% muy poca información, el 58,65% poca información, el 17,2% buena información y el 1,75 muy buena información.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física sostiene que los profesionales que los tratan, no les brindan la información necesaria sobre su enfermedad.

Tabla N° 22

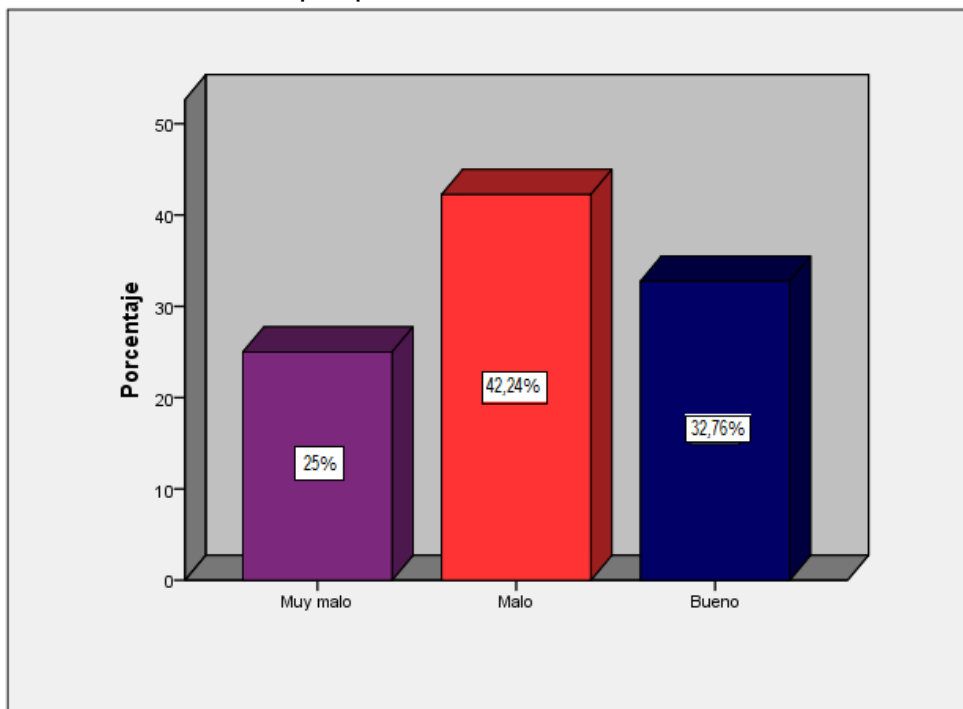
Tiempo que le brinda durante la consulta.

| Tiempo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Muy poco | 29 | 25,0 | 25,0 |
| Poco | 49 | 42,2 | 67,2 |
| Suficiente | 38 | 32,8 | 100,0 |
| Bastante | 0 | 0 | 0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 22

Tiempo que le brinda durante la consulta.



Fuente: Tabla 22.

Interpretación

La tabla N° 22 presenta la información relacionada con el tiempo que le dedican durante las consultas, donde apreciamos que el 25% muy poco, el 42,2% poco tiempo, el 32,8% lo suficiente y el 0% bastante tiempo.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física indican que durante las consultas y/o tratamientos los médicos le dedican poco tiempo para tratarlos. De este modo no tienen el tiempo necesario para realizar una buena labor.

Tabla N° 23

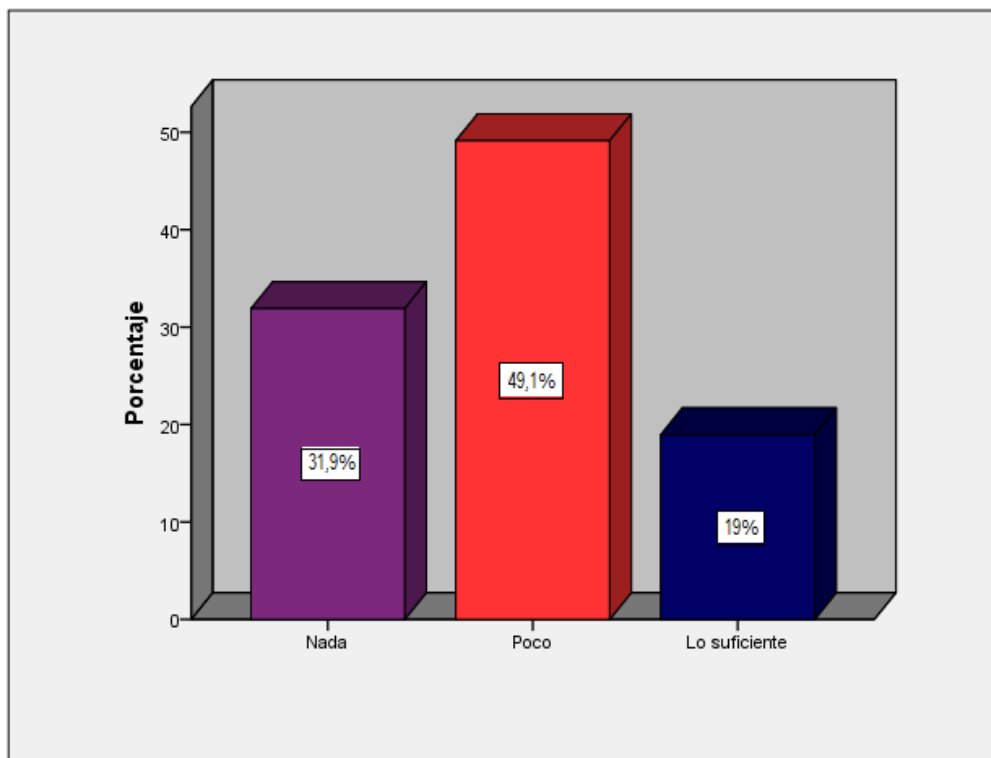
Accesibilidad al gimnasio.

| accesibilidad | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|----------------|----------------------|
| Nada | 37 | 31,9 | 31,9 |
| A veces | 57 | 49,1 | 81,0 |
| Lo suficiente | 22 | 19,0 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 23

Accesibilidad al gimnasio.



Fuente: Tabla 23.

Interpretación

La tabla N° 23 presentan los resultados sobre la accesibilidad al gimnasio, donde se observa que el 3,9% de los encuestados indican que no tienen acceso al gimnasio, el 49,15 a veces y el 195 lo suficiente.

De la información anterior deducimos que muchas personas con discapacidad física no tienen acceso al gimnasio y la mayoría solo a veces tiene acceso al gimnasio, considerando que se trata de personas con discapacidad física, la actividad física d recuperación es importante, lo cual no se viene dando en el grupo de referencia.

Tabla N° 24

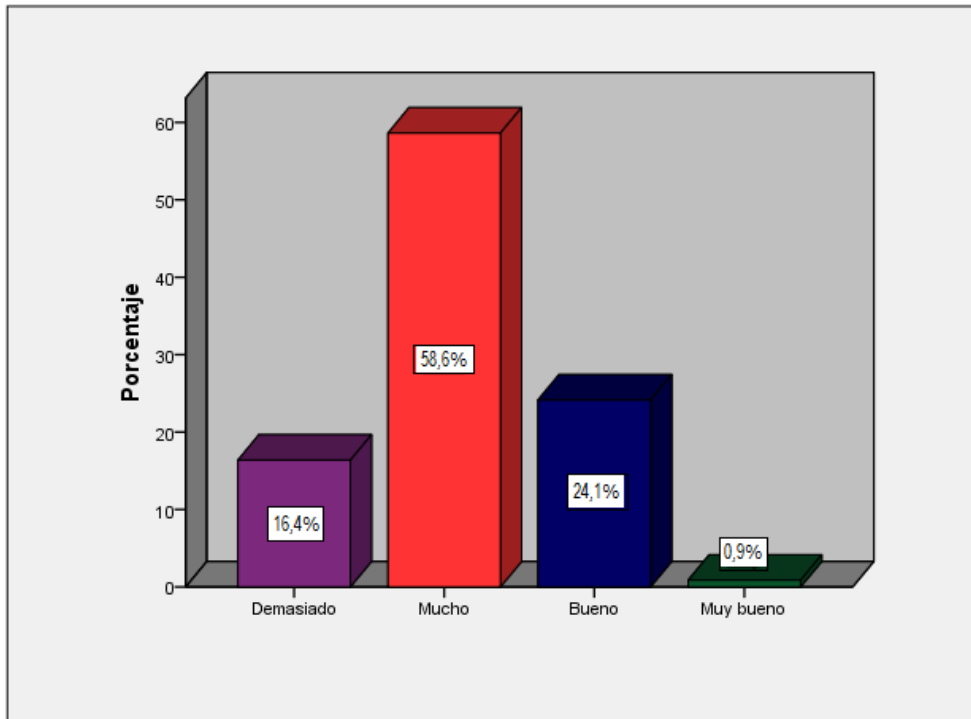
Tiempo en la sala de espera.

| Tiempo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|----------------------|
| Demasiado | 19 | 16,4 | 16,4 |
| Mucho | 68 | 58,6 | 75,0 |
| Bueno | 28 | 24,1 | 99,1 |
| Muy bueno | 1 | 0,9 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 24

Tiempo en la sala de espera



Fuente: Tabla 24.

Interpretación

La tabla N° 24 presenta los resultados sobre el tiempo en la sala de espera, donde observamos que el 16,4% espera demasiado, el 58,65 mucho tiempo, el 24,1% poco y el 24,15 muy bueno.

De esta información deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad suelen esperar mucho tiempo en la recepción para ser atendidos por los médicos, esto quiere decir que no se les da la prioridad que corresponde.

Tabla N° 25

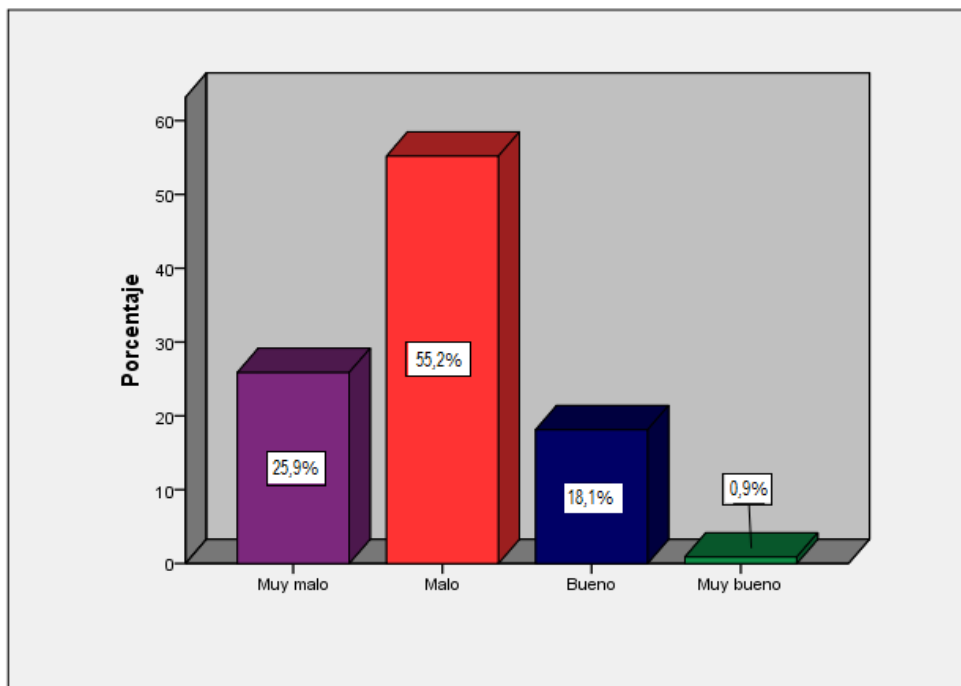
Calidad en la aplicación de los procedimientos fisioterapéuticos.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|----------------------|
| Muy malo | 30 | 25,9 | 25,9 |
| Malo | 64 | 55,2 | 81,0 |
| Bueno | 21 | 18,1 | 99,1 |
| Muy bueno | 1 | ,9 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 25

Calidad en la aplicación de los procedimientos fisioterapéuticos.



Fuente: Tabla 25.

Interpretación

La tabla N° 25 presenta la información sobre los resultados de la calidad en la aplicación de los procedimientos fisioterapéuticos; Apreciamos que el 25,9% muy malo, el 55,25 malo, el 18,1% buena calidad y el 0,9% muy buena calidad.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física requieren que la calidad de los procedimientos fisioterapéuticos que aplican los médicos para su recuperación, es de mala calidad, debido a que no consiguen los resultados esperados.

Tabla N° 26

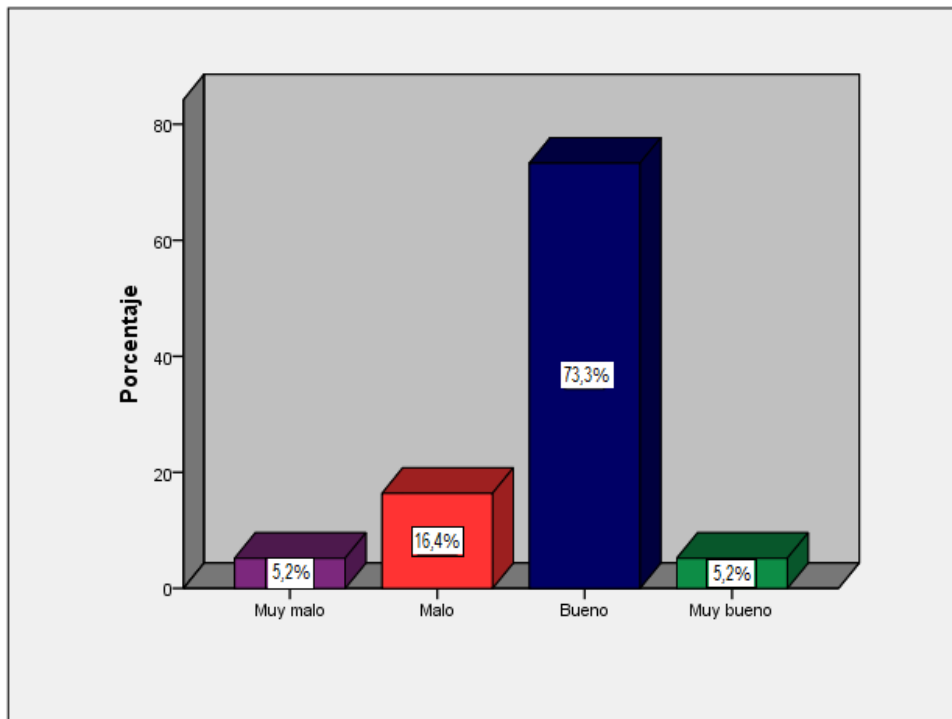
Accesibilidad a los establecimientos de servicios de salud.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|----------------|----------------------|
| Muy malo | 6 | 5,2 | 5,2 |
| Malo | 19 | 16,4 | 21,6 |
| Bueno | 85 | 73,3 | 94,8 |
| Muy bueno | 6 | 5,2 | 100,0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 26

Accesibilidad a los establecimientos de servicios de salud.



Fuente: Tabla 26.

Interpretación

La tabla N° 26 presenta la información relacionada con la accesibilidad a los establecimientos de servicios de salud; donde apreciamos que el 5,25 muy mala accesibilidad, el 16,4% mala accesibilidad, el 73,3% buena accesibilidad y el 5,25 muy buena accesibilidad.

De la información anterior deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física indican que existe buena accesibilidad los centros de salud, es decir que se les proporciona las facilidades y los accesos necesarios que puedan desplazarse fuera y dentro del centro de salud.

Tabla N° 27

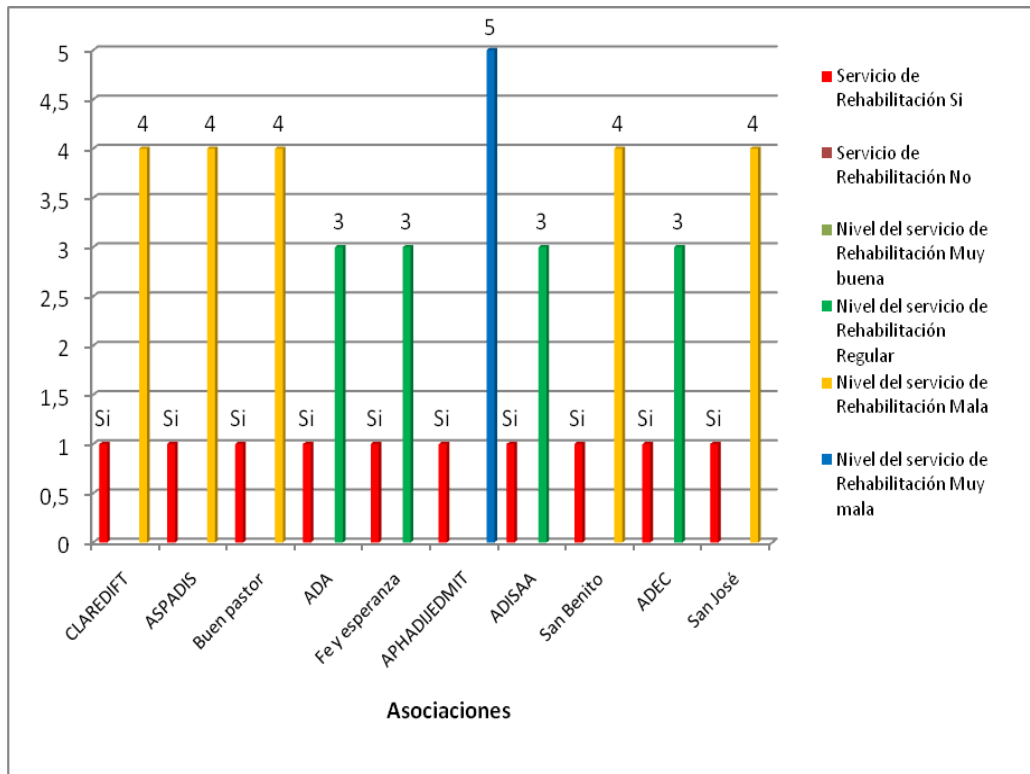
Servicios de rehabilitación según las asociaciones.

| N° | Asociación de personas con discapacidad | Servicio de Rehabilitación | | Nivel del servicio de Rehabilitación | | | | |
|----|---|----------------------------|----|--------------------------------------|-------|---------|------|----------|
| | | Si | No | Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala |
| 01 | CLAREDIFT | Si | | | | | 4 | |
| 02 | ASPADIS | Si | | | | | 4 | |
| 03 | Buen pastor | Si | | | | | 4 | |
| 04 | ADA | Si | | | | 3 | | |
| 05 | Fe y esperanza | Si | | | | 3 | | |
| 06 | APHADIJEDMIT | Si | | | | | | 5 |
| 07 | ADISAA | Si | | | | 3 | | |
| 08 | San Benito | Si | | | | | 4 | |
| 09 | ADEC | Si | | | | 3 | | |
| 10 | San José | Si | | | | | 4 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 27

Servicios de rehabilitación según las asociaciones



Fuente: Tabla 27

Interpretación

La tabla N° 27 presenta la información relacionada con los servicios de rehabilitación que reciben los miembros de las asociaciones de las personas con discapacidad; se observa que los miembros de la asociación: Claredift, Aspadis, Buen Pastor, San Benito y San José, reciben un nivel de servicio malo; Ada, Fe y Esperanza, Adissa y Adec, a nivel regular; y Aphadijedmit muy mala.

Como apreciamos que la mayoría de los miembros de las asociaciones no reciben una buen servicio de rehabilitación.

Tabla N° 28

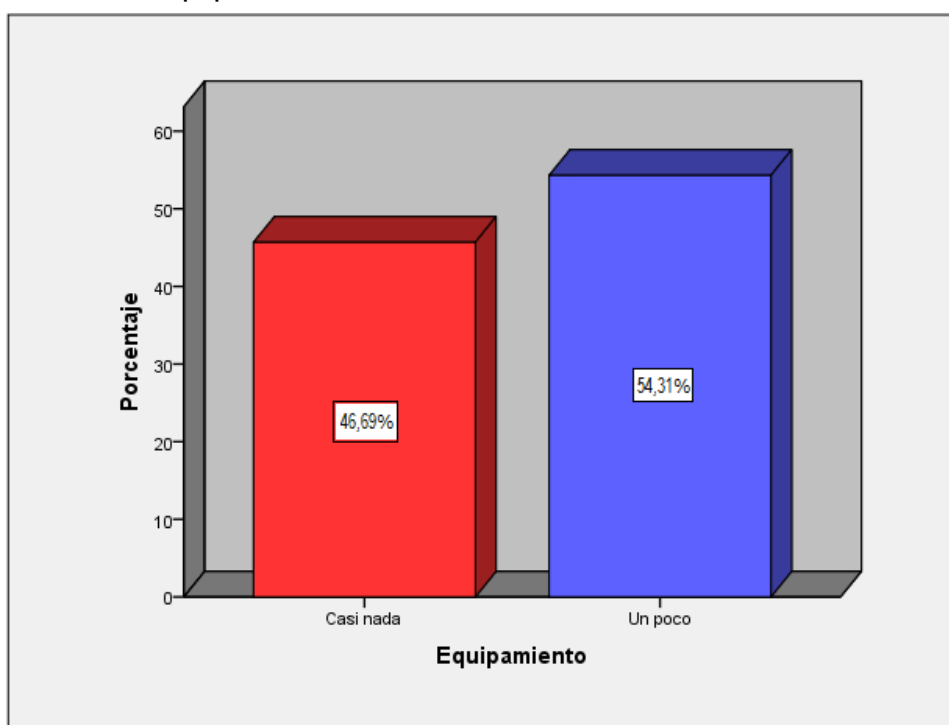
Equipamiento de los servicios de rehabilitación.

| Equipamiento | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|----------------|----------------------|
| Casi nada | 53 | 45,7 | 45,7 |
| Un poco | 63 | 54,3 | 100,0 |
| Buen equipamiento | 0 | 0 | 0 |
| Muy equipado | 0 | 0 | 0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 28

Equipamiento de los servicios de rehabilitación.



Fuente: Tabla 28.

Interpretación

La tabla N° 28 presenta la información relacionada con el equipamiento de los servicios de rehabilitación, donde apreciamos que el 45,7% casi nada, el 54,3% un poco, el 05 buen equipamiento y el 0% muy equipado.

De los datos anteriores deducimos que las personas con discapacidad física aprecian que los centros y puestos de salud donde acuden a realizar su rehabilitación no se encuentran equipados como para prestarle un buen servicio, esto impide que los médicos y asistenciales puedan darles un buen tratamiento.

Tabla N° 29

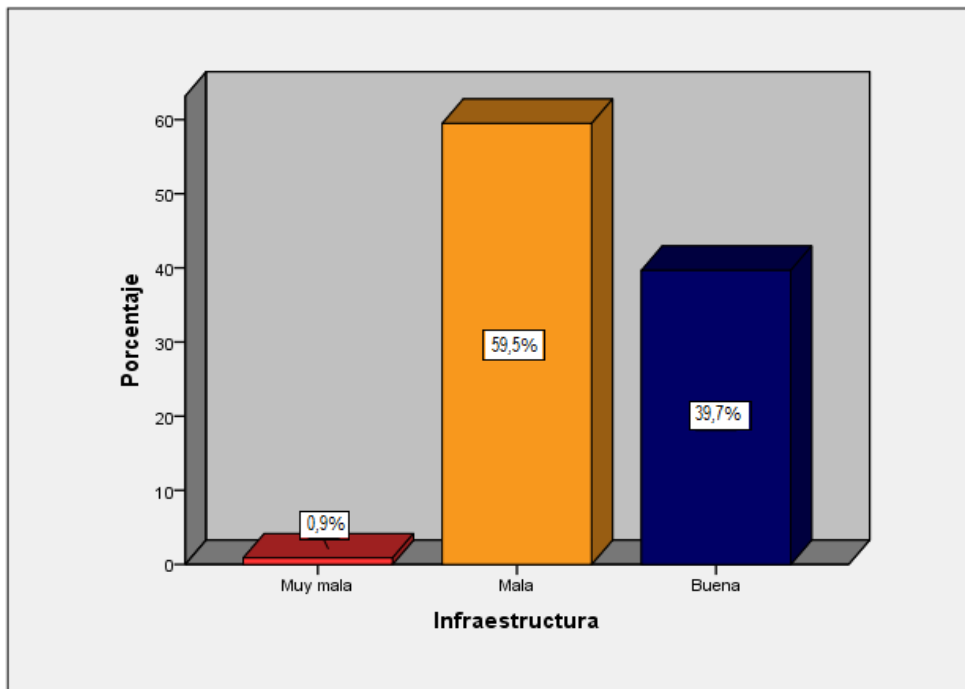
Infraestructura de los servicios de rehabilitación.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje (%) | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|----------------|----------------------|
| Muy mala | 1 | 0,9 | 0,9 |
| Mala | 69 | 59,5 | 60,3 |
| Buena | 46 | 39,7 | 100,0 |
| Muy buena | 0 | 0 | 0 |
| Total | 116 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 29

Infraestructura de los servicios de rehabilitación.



Fuente: Tabla 29.

Interpretación

La tabla N° 29 presenta la información relacionada con la Infraestructura de los servicios de rehabilitación, donde apreciamos que el 0,9% muy mala, el 59,5% mala, el 39,7% buena infraestructura y el 0% muy buena.

De esta información deducimos que la mayoría de las personas con discapacidad física indican que los centros y puestos de salud donde acuden no cuentan con buena infraestructura para brindar los servicios de rehabilitación. Aunque hay que destacar que existe un porcentaje significativo de puestos y centros de salud que si cuentan con un buena infraestructura.

Tabla N° 30

Nivel de servicios de Rehabilitación.

| Estadístico | Puntuación |
|-------------|------------|
| Media | 21,28 |
| Varianza | 20,1 |
| Desv. típ. | 4,4 |
| Mínimo | 12 |
| Máximo | 30 |
| Rango | 18 |
| Moda | 21 |

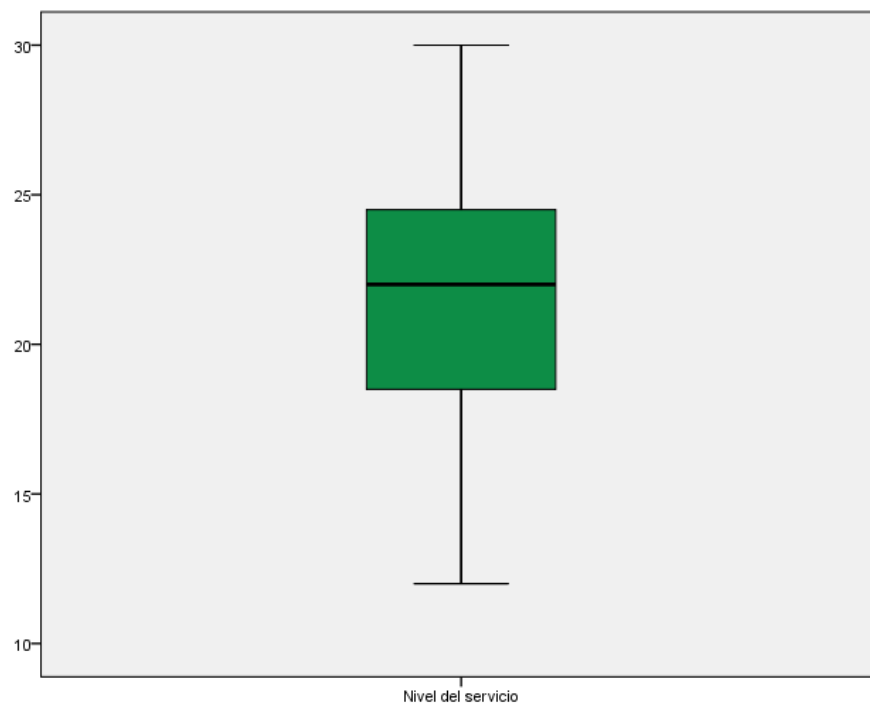
Fuente: Elaboración propia.

Escala de evaluación

10 - 17 = Muy malo
18 - 25 = Malo
26 - 33 = Bueno
34 - 40 = Muy bueno

Figura N° 30

Nivel de servicios de Rehabilitación.



Fuente: Tabla 30.

Interpretación

La tabla N° 30 presenta los resultados sobre el nivel de servicios de Rehabilitación; apreciamos una media de 21,28 puntos, una desviación típica de 4,4 puntos, con un máximo de 30 y un mínimo de 12 puntos, la moda de 21 puntos.

De los resultados anteriores deducimos que el nivel del servicio que prestan los centros de salud es malo, dado que el estadístico se ubica en

ese nivel en la escala de evaluación pre establecida. El valor de la moda apoya con mayor razón la deducción, ya que, vemos que el valor que más se repite es similar a la media.

4.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

a) Formulación de la Hipótesis estadística.

H_0 : No existe una relación significativa entre la calidad de vida y los servicios de rehabilitación.

H_i : Existe relación significativa entre la calidad de vida y los servicios de rehabilitación.

b) Selección del estadístico y nivel de significancia.

Estadístico: La prueba de hipótesis se realizó con el estadístico Chi cuadrada.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$.

Método de procesamiento: La operación se realizó mediante el software SPSS 18.0.

c) Resultado (reporte spss).

Pruebas de chi-cuadrado

| Resultado | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 41,774 ^a | 2 | ,000 |
| Razón de verosimilitudes | 54,124 | 2 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 40,977 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 116 | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12.00.

d) Decisión

A un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, p valor es 0.00, por tanto; $p < 0.05$, en consecuencia rechazamos la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

e) Interpretación

Queda comprobado que existe relación significativa entre la calidad de vida y el servicio de rehabilitación que reciben las personas con discapacidad física.

DISCUSIONES

El ser humano y con mayor razón las personas con discapacidad física requieren un conjunto de condiciones mínimas necesarias para lograr un desarrollo integral, dentro de las que se destacan aspectos de índole social, político, económico, cultural, que contribuyen a generar un ambiente propicio para el mejoramiento de su calidad de vida, situación por él deseada, que se valora de forma particular y específica, de acuerdo a sus expectativas. En la presente investigación, conforme al diseño de la investigación se propuso probar la relación entre la alta calidad de vida de las personas con discapacidad física y los servicios de rehabilitación que reciben, de esta forma la prueba de hipótesis formulada, con la aplicación del estadístico chi cuadrada a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, dio como resultado un p valor de 0.00, por tanto rechazamos la hipótesis nula, quedando comprobada que existe relación significativa entre la calidad de vida y el servicio de rehabilitación que reciben las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna, agrupados en las distintas asociaciones de personas con discapacidad. Esta conclusión coincide con la propuesta de la OMS quienes proponen la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación; ello implica una relación causal directa

con las comprobaciones realizadas en la presente investigación; Otra investigación revela que la falta de servicios de rehabilitación y la pobreza son tanto una causa como una consecuencia de la discapacidad: las personas pobres tienen poca posibilidad de acceder a los servicios de rehabilitación y al mismo tiempo son más propensas a ser personas con discapacidad. Aunque no todas las personas con discapacidad son pobres, en los países de bajos ingresos las personas con discapacidad están sobre representadas entre los pobres. A menudo son abandonadas, discriminadas y excluidas de las iniciativas ordinarias de desarrollo y, también, tienen dificultades en su acceso a la salud, la educación, la vivienda y las oportunidades de subsistencia.

El análisis de la calidad de vida de las personas con discapacidad física permite deducir una media de 109.92 puntos, en la escala de evaluación de los instrumentos, que significa mala calidad de vida de las personas con discapacidad física. Estos resultados se caracterizan por que el 57,76% de personas con discapacidad no gozan de bienestar social, el 54,31% no tiene buenas relaciones interpersonales, el 50,86% poco bienestar material, el 67,24% poco desarrollo personal, el 51,72% no son auto determinantes, el 59.48% sufren de exclusión social, el 56,89% son privados de sus derechos. Las conclusiones arribadas por (Laman H., 2013) señalan que en la determinación de la discapacidad no solamente

debemos considerar las necesidades médicas o educativas, sino el conjunto de elementos que condicionan su calidad de vida. (Pereda C. 2012) en su investigación concluye que el 86% de las personas con discapacidad reconoce tener algún amigo, casi siempre residente en la misma población (65% en el mismo barrio o pueblo y 12% en el mismo edificio). Por sexos, la falta de amistades es mayor entre mujeres (15%) que entre los hombres (11%) y, por tramos de edad, las personas mayores de 65 años reconocen la falta de amigos en una proporción mucho más alta (15%) que quienes no han llegado a esa edad (10%). Las mujeres de 64 y más años reconocen, a su vez, tener esa carencia en una proporción mucho mayor (17%) que los hombres de su grupo de edad (11%). Como apreciamos estos resultados evidencian las pocas relaciones y exclusiones que sufren las personas con discapacidad, resultados que también se aprecian en los resultados de la presente investigación.

En cuanto a los servicios de rehabilitación que brindan concluimos (tabla N° 19) que el interés y empeño de los médicos a las dolencias de las personas con discapacidad física es bajo, caracterizándose por el maltrato (63,8%), con poca información (58,6%). Otro aspecto importante es el poco acceso al gimnasio para realizar sus ejercicios de rehabilitación, sumados al tiempo que deben esperar para ser atendidos (58,6% mucho

tiempo). Además el 55,2% de las personas con discapacidad se quejan que los procedimientos fisioterapéuticos que reciben son de mala calidad. En cuanto al equipamiento y la infraestructura que disponen los centros de atención se observa que solo cuentan con lo básico, lo cual, no permite una adecuada atención (54,3%), de esta manera el nivel de atención de los servicios de rehabilitación que disponen las personas con discapacidad física en la ciudad de Tacna es malo. En la investigación realizada por Pereda (Pereda C. 2012) concluye que de quienes reciben *ayudas personales*, casi un tercio (32,1%) las considera «insuficientes». Esta queja es más frecuente entre las mujeres (33,4%) que entre los hombres (29,5%). En la edad laboral este grupo de personas «insatisfechas» llega al 40%, con una incidencia muy parecida en ambos sexos. A partir de los 65 años, la insatisfacción es algo mayor entre las mujeres (38,7%) que entre los hombres (35,3%). Otros datos indican que el 52% de las personas con discapacidad solventan sus gastos médicos y de manutención únicamente con el apoyo de sus familiares; Un 81.19% de las personas con discapacidad no recibió nunca una rehabilitación.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La mala calidad de los servicios de rehabilitación que reciben las personas con discapacidad física pertenecientes a las diferentes asociaciones de personas con discapacidad de la ciudad de Tacna limitan sus oportunidades personales deteriorando su calidad de vida.

SEGUNDA

Los servicios de rehabilitación son ineficientes, debido a la poca disponibilidad de infraestructura y poca implementación de los servicios existentes, agravados por la poca experiencia de los especialistas de la rama, sumándose el poco interés que presta la parte médica a sus tratamientos.

TERCERA

La mayoría de las personas con discapacidad física, no tiene una buena calidad de vida, caracterizada por el poco bienestar social, las limitaciones en las relaciones interpersonales, la carencia de bienes materiales, exclusión social, privación de sus derechos y la poca oportunidad para su desarrollo personal.

CUARTA

El promedio de edad es de 40 años, la mayoría son varones, provienen del centro de la ciudad, cuentan con estudios técnicos y superiores, la mayoría desarrolla una actividad laboral y son predominantemente solteros (as).

QUINTA

Existe una variada tipología de discapacidad física: displasia, paraplejia, columna vertebral, pérdida de algún miembro, entre otros tipos de discapacidad. La mayoría adquiere la discapacidad entre los 13 a 24 años de edad, cuyo origen principalmente se debe a la edad avanzada como producto de alguna enfermedad crónica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Es importante que se promueva la implementación de las áreas de rehabilitación en los diferentes centros de salud, a fin de acercar los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad física de la ciudad de Tacna.

SEGUNDA

Se debe impulsar programas de asistencia social para aquellas personas con discapacidad que por la gravedad de su discapacidad no pueden realizar actividades laborales, que les permita obtener ingresos para su subsistencia.

TERCERA

Una revisión del conocimiento y las competencias del personal en áreas pertinentes puede proporcionar un punto de partida para formular medidas apropiadas que permitan mejorarlos. En los currículos y programas de acreditación vigentes debería incorporarse la formación pertinente en materia de la discapacidad, que incluya los principios de los derechos humanos.

CUARTA

Las personas con discapacidad tienen derecho a controlar su vida, y, por tanto, deben ser consultadas sobre cuestiones que les incumban directamente, bien sea salud, educación, rehabilitación o vida comunitaria. Puede ser necesario apoyar la toma de decisiones para hacer posible que algunos individuos comuniquen sus necesidades y elecciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez D. (2008) *eficacia del tratamiento rehabilitador, aplicado en pacientes quemados ingresados en la unidad de Aproquen del hospital metropolitano Vivian Pellas*. (Tesis), Colombia.

Badia Llach, x. y García A. (2000). *La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de Resultados en Salud*». En Badia, X. (Ed.) *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona: Edimac.

Brown, R. I. (1988) *La calidad de vida y la rehabilitación: Una introducción*. Londres: CroomHelm.

Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad del Congreso de la República. (2003) *“Exclusión Laboral, Discriminación Social”*. Por una Sociedad para Todos. Lima.

Henao C. (2009)*Calidad de vida y situación de discapacidad*. (Tesis), Universidad Autónoma de Manizales, Colombia.

De Lorenzo, R. (2007), *Discapacidad, sistemas de protección y trabajo social*. Madrid, Alianza Editorial.

Flanagan P. (1976) *Un enfoque de investigación para la mejora de vida*. Londres: American Psychologist.

Hérisson, C. y Simón, L. (1993). *Evaluación de la Qualité de Vie*. París: Masson.

Huete, A. (2011). *Estudio sobre la calidad de vida de las personas con gran discapacidad en la ciudad*. Madrid, Fundación ONCE, PREDIF, Plataforma Representativa Estatal de Personas con discapacidad Física.

Lamas H. (2013) *situación de las personas con discapacidad, en el Perú: Excusión/ inclusión de las personas con discapacidad*. Revista cultura. Perú.

Organización mundial de la Salud. *La Constitución del Mundo HealthOrganisation*. Crónica de la OMS, Nº 1, 2004.

Organización Mundial de la Salud. *Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC*. Ginebra: 2012.

Patrick, D., Erickson, P. (1993): *Estado de Salud y Política de Salud: Calidad de Vida en la evaluación de Cuidado de la Salud y la asignación de recursos*. Oxford: Prensa Universidad.

Pereda, C. (2012). *Discapacidad e inclusión social*. Editorial La Caixa. Barcelona.

Rojo, f.; Fernández-Mayoralas, G.; Pozo, E. y Eajo, J. M. (2002). *Envejecer en casa*. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida. Madrid.

Schalock R, Keith K, K Hoffman, Karen O. (1989) *La calidad de vida, su medición y su uso en humanos los programas de servicio*. Madrid.

Schalock RL. (2004). El concepto de calidad de vida: lo que sabemos y no sabemos. Intelecto Invalidez. Madrid.

Sirgy, M. J. (2001). *Manual de Calidad de Vida de Investigación*. Una ética Perspectiva Marketing. Dordrecht, Kluwer.

Zapata A. (2010) *Diseño de un estimulador eléctrico funcional para rehabilitación física en miembros distales superiores con disfunción motriz*. (Tesis), Universidad Pontificia Universidad católica del Perú, Lima.

Discapacidad, pobreza y desarrollo. Departmentfor International Development (Base de datos en línea). Madrid: 2000 (Fecha de acceso 01 de agosto de 2015).www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdi.pdf.

Instituto nacional de Estadística: Reporte censal. Lima: 2010.

ANEXOS

ESCALA DE EVALUACIÓN

OBJETIVO: La presente escala tiene por objetivo, realizar una evaluación relacionada con la calidad de vida de las personas con discapacidad física

DATOS GENERALES

1. SEXO: Varón () Mujer ()
2. EDAD: _____
3. DOMICILIO: _____ CP, _____ DISTRITO, _____ URBANIZACIÓN, ETC. _____
4. ESTUDIOS: Primaria () Secundaria: () Técnicos () Universitarios () Post Grado ()
5. OCUPACIÓN: Desempleado () Trabaja () Estudia ()
6. ESTADO CIVIL: Casado () Conviviente () Divorciado/separado () Soltero (a) ()
7. TIPO _____ DE _____ DISCAPACIDAD FÍSICA: _____
8. DESDE _____ QUE _____ EDAD _____ ADQUIRIÓ _____ LA _____ DISCAPACIDAD FÍSICA _____

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco. Utilice la siguiente escala:

1. Nunca o casi nunca 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. Siempre o casi siempre

| N° | Manifestaciones conductuales | Escala | | | |
|-------------------------|---|--------|---|---|---|
| | | | | | |
| BIENESTAR SOCIAL | | | | | |
| 01 | Se muestra satisfecho con su vida presente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02 | Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03 | Presenta síntomas de ansiedad (Intranquilo o nervioso) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04 | Se muestra satisfecho consigo mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05 | Tiene problemas de comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06 | Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 07 | Manifiesta sentirse útil | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | RELACIONES INTERPERSONALES | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08 | Realiza actividades que le gusta, con otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09 | Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Se queja de la falta de amigos estables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Carece de familiares cercanos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Valora negativamente sus relaciones de amistad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | BIENESTAR MATERIAL | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Dispone de los bienes materiales que necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Está satisfecho con sus ingresos económicos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | DESARROLLO PERSONAL | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Tiene dificultades para comprender la información que recibe | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Tiene dificultades para expresar información | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | BIENESTAR FÍSICO | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Su estado de salud le permite llevar una actividad normal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Autonomía para realizar las actividades básicas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Autonomía para realizar las tareas domésticas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Sus problemas de salud le producen dolor y malestar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Puede desplazarse, salir a la calle, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | AUTODETERMINACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Tiene metas, objetivos e intereses personales. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Elige cómo pasar su tiempo libre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Otras personas organizan su vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | INCLUSIÓN SOCIAL | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Está excluido en su comunidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 36 | Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Sus amigos le apoyan cuando lo necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Participa en diversas actividades de ocio que le interesan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | DERECHOS | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía voto, procesos legales, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | En su entorno es tratado con respeto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43 | Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44 | En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos | 1 | 2 | 3 | 4 |

ESCALA DE EVALUACIÓN

44 - 77 Muy mala calidad

78 - 110 Mala calidad

111 - 143 Buena calidad

144 - 176 Muy buena calidad

ENCUESTA

EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

INSTRUCCIONES: Si Ud. es atendido en algún centro de salud para su rehabilitación, indique cuan satisfecho está, con el servicio que le prestan. Utilice Ud. la siguiente escala:

1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Satisfecho 4. Muy satisfecho

| N° | Aspectos | Respuesta | | | |
|----|--|-----------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 01 | Interés del médico que lo atiende | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02 | Trato del médico que lo atiende | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03 | Información que le brinda respecto a su discapacidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04 | Tiempo que le brinda el servicio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05 | Accesibilidad al gimnasio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06 | Tiempo de espera en sala | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07 | Calidad en la aplicación de los procedimientos fisioterapéuticos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08 | Accesibilidad al establecimiento | 1 | 2 | 3 | 4 |

Escala

08 - 13 Muy insatisfecho

14 - 19 Insatisfecho

20 - 25 Satisfecho

26 - 32 Muy satisfecho