

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del proyecto

CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD. CENTRO DE SALUD N°1. RIOBAMBA, 2020

Autores:

Llanga Gavilánez Jennyfer Katheryne

Villafuerte Morocho Jhonatan Adrian

Tutora: Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs.

Riobamba - Ecuador

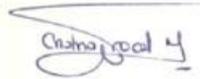
Año 2020

APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR

Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs., docente de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO:

Haber asesorado y revisado el informe final del proyecto de investigación titulado “**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD. CENTRO DE SALUD N°1. RIOBAMBA, 2020**” realizado por la Srta. LLANGA GAVILÁNEZ JENNYFER KATHERYNE con C.C 060548652-1 y el Sr. VILLAFUERTE MOROCHO JHONATAN ADRIAN con C.C 060482143-9, mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución. Encontrándose aptos para presentarse a la defensa pública del estudio realizado.



Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs.

TUTORA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

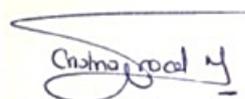
Los miembros del Tribunal de graduación del proyecto de investigación titulado: “CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD. CENTRO DE SALUD N°1. RIOBAMBA, 2020” presentado por la Srta. Llanga Gaviláñez Jennyfer Katheryne con C.C 060548652-1 y el Sr. Villafuerte Morocho Jhonatan Adrian con C.C 060482143-9, dirigido por la Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs.

Una vez realizado el informe final escrito del proyecto de investigación escrito, con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Cristina Procel Niama, Mgs.

Tutora



.....

Dra. Rocío Tenezaca Sánchez, Mgs.

Miembro del Tribunal



.....

Ps. Cl. Lilian Granizo Lara, Mgs.

Miembro del Tribunal



.....

AUTORÍA DEL PROYECTO

Nosotros, Jennyfer Katheryne Llanga Gavilánez con C.C 060548652-1 y Jhonatan Adrian Villafuerte Morocho con C.C 060482143-9, declaramos ser responsables de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación sobre **“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD. CENTRO DE SALUD N°1. RIOBAMBA, 2020”** y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Llanga Gavilánez Jennyfer Katheryne

060548652-1



Villafuerte Morocho Jhonatan Adrian

060482143-9

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	III
AUTORÍA DEL PROYECTO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	7
Antecedentes de la investigación	7
Clima social familiar.....	8
Definiciones	8
Dimensiones del clima social familiar	9
Tipos de clima social familiar.....	11
Clima social familiar y discapacidad	13
Calidad de vida	14
Definiciones	14
Dimensiones de la calidad de vida.....	15
Índice de calidad de vida.....	18
Calidad de vida y discapacidad.....	18
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	20
Tipo de investigación.....	20
Diseño de la investigación	20
Nivel de investigación.....	21

Población y muestra	21
Técnicas e instrumentos	22
Técnicas para el procesamiento de datos	24
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
Resultados	25
Plan de estrategias psicológicas para mejorar la calidad de vida de pacientes con discapacidad.....	32
Discusión.....	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas	25
Tabla 2: Niveles de clima social familiar	27
Tabla 3: Nivel de calidad de vida	28
Tabla 4: Relación entre clima social familiar y calidad de vida.....	29

RESUMEN

A nivel mundial las cifras de discapacidad se han incrementado en la población a pesar de las campañas preventivas y servicios médicos especializados por lo que, el recibir un diagnóstico de cualquier tipo de discapacidad puede desencadenar alteraciones y problemas en el sistema familiar, así como también en la calidad de vida de quien lo padece. La investigación tuvo como objetivo analizar el clima social familiar y la calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1, fue un estudio de tipo documental y bibliográfico, de diseño transversal, no experimental y de nivel descriptivo. Se revisó 40 Historias Clínicas de pacientes con discapacidad que reposan en el Departamento de Estadísticas del Centro de Salud N°1, para la recolección de datos se empleó una ficha de observación, en la cual se registró información como: tipo y porcentaje de discapacidad, además los resultados de las escalas: Escala de clima social familiar (FES) y Escala de calidad de vida FUMAT; los resultados en clima social familiar indicaron que todas las subdimensiones se encuentran en un nivel medio: con un 55% en relaciones, 45% en desarrollo y 80% en estabilidad; en lo que respecta a calidad de vida el 72,5% de los pacientes se ubicaron en un nivel medio, al mismo tiempo se observó una relación descriptiva entre las dos variables. Frente a los resultados obtenidos se elaboró un plan de estrategias psicológicas orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad.

Palabras clave: clima social familiar, calidad de vida, discapacidad.

ABSTRACT

Worldwide disability figures have increased in the population despite preventive campaigns and specialized medical services; therefore, receiving a diagnosis of any type of disability can trigger alterations and problems in the family system, as well as in the quality of life of those who suffer it. The objective of the research was to analyze the family social atmosphere and quality of life in patients with disabilities who receive care at *Centro de Salud N°1*, it was a documentary and bibliographic study, with a cross-sectional, non-experimental design and descriptive level. 40 Clinical Histories of patients with disabilities who rest in the Department of Statistics of the *Centro de Salud N°1* were reviewed, an observation form was used for data collection, in which information such as: type and disability percentage, and also the results of the scales: Family Social Atmosphere Scale (FES) and FUMAT Quality of Life Scale; the results in family social atmosphere indicated that all subdimensions are at a medium level: with 55% in relationships, 45% in development and 80% in stability; regarding quality of life, 72.5% of the patients were at a medium level, at the same time a descriptive relationship between both variables was observed. In view of the results obtained, a plan of psychological strategies aimed to improve the quality of life of patients with disabilities was developed.

Keywords: family social atmosphere, quality of life, disability.



Reviewed by: Armas Geovanny, Mgs

Linguistic Competences Professor

INTRODUCCIÓN

El clima social familiar se refiere al ambiente que genera el núcleo familiar, aborda la interacción, dinámica, funcionamiento y relaciones entre los miembros, los cuales se rigen bajo preceptos socioculturales, valores, y creencias, que influyen la concepción personal, social y el comportamiento de un individuo (Ramírez, 2017). En el tema de discapacidades la familia y/o sociedad juegan un papel fundamental en el acompañamiento, motivación, apoyo y aceptación, tanto de la condición como de la nueva realidad.

Por otro lado, la calidad de vida al ser un concepto amplio, abarca numerosos aspectos como: las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud, educación, empleo, relaciones sociales, además de la salud física, mental, el nivel de autonomía y las relaciones interpersonales (Henaó y Gil, 2009). La calidad de vida al ser multivariable es susceptible al cambio, ya que al presentarse una alteración de cualquiera de sus componentes dificulta la obtención de una adecuada calidad de vida; mantener un equilibrio es complicado especialmente en las discapacidades en donde el bienestar material y emocional se encuentra a cargo de la familia o de una tercera persona.

Los pacientes con discapacidad se enfrentan a diversos obstáculos tanto en la esfera social como familiar, al encontrarse con estigmas sociales, críticas destructivas, pérdida de independencia, dificultad para la integración laboral entre otras, por lo mismo se requiere redes de apoyo fuertes que favorezcan el crecimiento y desarrollo personal.

El trabajo de investigación se organizó de la siguiente manera: introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos a alcanzar, marco teórico en donde se formulan los antecedentes de las investigaciones y aportes teóricos sobre el clima social familiar y la calidad de vida, posteriormente se presentó el marco metodológico en el cual se describe el enfoque, diseño y tipo de investigación, además de la población seleccionada registrando su respectiva muestra, se incluyó técnicas e instrumentos utilizadas dentro del estudio, a continuación el análisis de datos obtenidos y explicados a través de tablas, sumándose el plan de estrategias psicológicas propuestas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad, más adelante se ubicó la discusión de los resultados, finalmente se presentó las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos sobre el tema de estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El clima social familiar forma parte del desarrollo del núcleo familiar, el cual se ve influenciado por factores internos y externos como: estructura, composición y funcionalidad, estos determinarán la forma de actuar frente a diferentes situaciones como cuidar a una persona con discapacidad, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011, p.7)

La familia es fundamental para el desarrollo, cuidado y apoyo de una persona con discapacidad, aunque debido a estereotipos de exclusión y miedo, los miembros del núcleo familiar no desarrollan un adecuado clima social familiar, como lo indica Pareja (2018):

El nivel del clima social familiar de los pacientes atendidos en la Casa de Atención a la Persona con Discapacidad (CAPD) de la Municipalidad de Lima, responde a un nivel medio igual al 50%, representado así que la familia está parcialmente fortalecida pero que no está completamente unida como para ser un soporte para el paciente con discapacidad. (p.13)

Por otro lado, De La Cruz y Paitan (2015) mencionan que en: “estudiantes con necesidades educativas especiales asociados a discapacidad (...) los resultados obtenidos fueron: el 63% de los estudiantes evaluados obtuvieron niveles desfavorables del clima social familiar, el 37% de estudiantes evaluados un clima social familiar muy desfavorable” (p.10).

Así mismo, en el estudio dirigido a personas con discapacidad física en Piura, se concluyó que el 26,67% presenta un clima social familiar promedio y el 7,62% un clima social familiar bajo (Chávez, 2016).

Además, aspectos externos como la economía, nivel de educación y atención sanitaria afectan el desarrollo personal, social y familiar de pacientes con discapacidad, por lo que la calidad de vida se ve reducida, así mismo Hernández (2004) menciona que:

la población colombiana con discapacidad oscila entre el 10 y 15% (...) cerca del 30% de esta población se encuentra por debajo de las líneas de pobreza y miseria, lo cual hace (...) difícil lograr el mejoramiento de su calidad de vida. (p.63)

Por otro lado, en investigaciones dirigidas a personas con discapacidad motriz en Perú, Chávez (2015) determinó que: “el nivel predominante en las cuatro dimensiones de Calidad de Vida es (...) de personas con nivel Malo de Calidad de Vida oscila entre 14,9%; y el 20,9%; con nivel Tendencia a Malo se ubican entre el 22,4% y el 38,8%” (p.52).

En el estudio realizado en Ecuador, Verdugo (2017) indica que: “La calidad de vida que predomina en las personas con discapacidad grave y muy grave de la provincia de Loja es mala; y provienen de hogares con moderada disfuncionalidad familiar” (p.32). En Ecuador se registran un total de 485, 325 personas discapacitadas. De las cuales 15,319 personas con discapacidad se encuentran en la provincia de Chimborazo. (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [CONADIS], 2020).

Dentro de la ciudad de Riobamba se ubica el Centro de Salud N°1 a cargo de la evaluación y calificación de discapacidades, lugar en donde los pacientes expresan dificultades en el sistema familiar al percibir la falta de apoyo al realizar actividades diarias como asistir a sus consultas médicas/psicológicas, poca unión familiar para la resolución de conflictos, se crean reglas en la familia que impiden el desarrollo de autonomía e inclusión a grupos sociales por estereotipos de fragilidad e inutilidad, los excluyen de tareas simples del hogar y programas familiares, generando una baja autoestima, sentimientos de soledad, abandono, tristeza, aislamiento y desadaptación tanto en el núcleo familiar como en el ámbito social.

Cuando un miembro del grupo familiar presenta una discapacidad se requiere el apoyo de la familia, tanto para la atención como para la asistencia en actividades diarias del paciente, por lo que aspectos como el bienestar físico, emocional, situación financiera y salud, se encuentran sujetos a la decisión y condición de otras personas, la familia al no generar un clima social familiar adecuado o no cubrir las necesidades básicas y emocionales del paciente disminuye su calidad de vida.

Si la situación continua los usuarios con discapacidad pueden empeorar su condición y reducir su calidad de vida, al descuidar su tratamiento médico, presentando dificultades económicas o de acceso a terapias y medicamentos, además del deterioro de su salud mental al acrecentar los conflictos familiares, crear una dependencia completa hacia el cuidador, agudizar sus sentimientos de inseguridad, soledad e inutilidad, por lo que generará mayor exigencia en la familia al sumarse más cuidados al paciente, creando mayor estrés e inconformidad en el núcleo.

Preguntas de investigación

¿Qué características del clima social familiar y calidad de vida presentan los pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1?

Subpreguntas de investigación.

1. ¿Qué nivel de clima social familiar muestran los pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1?
2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1?
3. ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1?

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la investigación sobre el clima social familiar y la calidad de vida en pacientes con discapacidad radica en los escasos estudios sobre el tema, especialmente que aborde a una población vulnerable, definida por el Ministerio de Salud Pública (2017) como: “un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general” (p.22). Como es el caso de personas con discapacidad física, auditiva, visual, intelectual y psicosocial, ya sea de origen genético o adquirida por eventos externos.

El tema es novedoso al abordar una población adulta, ya que se encuentran estudios orientados únicamente a niños y adolescentes, además busca relacionar variables que repercuten directamente en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con diversas limitaciones, que requieren en mayor cantidad el cuidado de una tercera persona, por lo que su recuperación o deterioro se encuentran sujetos a las redes de apoyos sociales y familiares. El estudio abre campo a futuras investigaciones más amplias en el área de discapacidades, en diferentes poblaciones, abordando diferentes fenómenos psicológicos que se derivan de la condición.

La investigación es factible a realizar ya que se cuenta con la autorización para la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1, además se dispone de bibliografía, recursos humanos, materiales y económicos necesarios para el desarrollo de la investigación, sumándose el apoyo del personal de la institución otorgando una total apertura para el estudio.

Finalmente se desarrollará un plan de estrategias psicológicas que podrá ser aplicado por profesionales de la salud, beneficiando a los pacientes con discapacidad y sus familiares o cuidadores, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el clima social familiar y la calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N°1, Riobamba, 2020.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel del clima social familiar en pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1.
- Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1.
- Elaborar un plan de estrategias psicológicas orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Para el desarrollo de la investigación se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios que aportan a la temática propuesta:

En la investigación ejecutada por Arriaga y Santillana en 2018, con el tema Impacto del clima familiar en la resiliencia de personas entre 12 y 61 años con discapacidad física y/o sensorial de Arequipa, con el objetivo de estudiar el impacto del clima familiar en la resiliencia de personas entre 12 y 61 años con discapacidad física y/o sensorial, investigación de tipo descriptiva, contando con una población de 239 personas con discapacidad, evaluados con la escala del clima social familiar (FES) y la escala de resiliencia de Wagnild y Young, concluyeron que las dimensiones del clima social familiar se encuentran en un nivel moderado (Arriaga y Santillana, 2018).

En el estudio realizado por De la Cruz y Paitan en 2015, titulado Clima social familiar de los estudiantes con necesidades educativas especiales del CEBE N° 35001 de la ciudad de Huancavelica, cuyo objetivo fue determinar el nivel del clima social familiar en los estudiantes, estudio de tipo y nivel descriptivo, con una muestra poblacional de 35 estudiantes de necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad, muestra en la cual se encuentra en un rango de edad entre 7 y 30 años de edad, el instrumento de evaluación fue la ficha para observar el clima social familiar de estudiantes con NEE, concluyendo que el 67% de los estudiantes con discapacidad física obtuvieron niveles muy desfavorables del clima social familiar y en la discapacidad intelectual, Síndrome de Down y Autismo los niveles del clima social son poco favorables y alentadores (De la Cruz y Paitan, 2015).

En el artículo presentado por Vega, Jenaro, Morillo, Cruz y Flores en 2013, con el tema Calidad de Vida y apoyos en personas con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto, cuyo objetivo es analizar la calidad de vida y los apoyos en una muestra de 38 mujeres evaluadas con los instrumentos de Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) y la Escala Transcultural de Indicadores de calidad de vida, siendo un estudio de tipo correlacional–explicativo, en sus resultados se evidenció que la valoración concerniente a

calidad de vida es especialmente baja en derechos (Vega, Jenaro, Morillo, Cruz y Flores, 2013).

El artículo realizado por Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez, y Segura en 2014, titulado Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011, con el objetivo de establecer la calidad de vida relacionada con la salud percibida por las personas con discapacidad física, siendo un estudio de tipo descriptivo que trabajó con una población de 175 personas con discapacidad física, se utilizó el cuestionario sobre la calidad de vida relacionada con la salud, los resultados mostraron que el 53,7% presenta una calidad de vida regular o mala (Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez y Segura, 2014).

Clima social familiar

Definiciones.

La familia aporta en el desarrollo de habilidades de interacción de la persona con su entorno, proponiendo bases de normas, valores y formas de comportamiento acordes a la moral de la sociedad, esto implícitamente ofrece una guía de relacionamiento con otras personas a partir de la relación del sujeto con los miembros familiares, este ambiente que se genera en el hogar acuña el término de clima social familiar.

Bajo influencia de la psicología ambientalista Moos lo define (citado en Santos, 2012) como: “una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente” (p.11). La sociedad como sistema y la familia como subsistema establecerán patrones, estereotipos, esquemas de pensamiento y comportamiento sobre los cuales actuarán los miembros que la conformen.

El clima social familiar no solamente estudia la interacción de una persona en diferentes contextos sino incluye la dinámica del ser humano con el entorno, la apreciación e interpretación que tiene del mismo, la relación que se establece entre ambos, la influencia del mundo sobre la persona y viceversa buscando una mayor comprensión sobre la integración. (Kemper, 2000)

Una definición más amplia es ofrecida por Agreda (citado en Alcalaico y Lázaro, 2015) señala: “El clima familiar se constituye por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia y ejercen influencia en la conducta, desarrollo físico, afectivo e intelectual de los integrantes” (p.49). Este clima se verá influenciado principalmente por los dirigentes de la familia (padres, abuelos) hacia los miembros que se encuentren bajo esta directriz (hijos), al ser una unidad integral, la atmósfera que se genere afectará a los miembros que integren la familia.

Finalmente, Isaza y Henao (2011) mencionan que el: “clima social familiar, considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad” (p.21).

Dimensiones del clima social familiar.

Los aspectos que Moos considera que conforman el clima social familiar son: relación, desarrollo y estabilidad, cada dimensión contiene subdimensiones que la conforman, los cuales como cúmulo determinarán la atmósfera y la marca que dejará una familia o sociedad sobre el individuo, así mismo Moos y Trickett (como se citó en Reyes, 2016) indican: “al grupo familiar como la unidad social de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente, que tiene una influencia ambiental recíproca y posee un profundo impacto” (p.16). Por tanto, las interacciones entre los miembros influirán en la salud mental e integración familiar.

Relación.

Las relaciones entre los miembros de la familia están sujetas a factores como la comunicación, expresividad y vínculos filiales que se producen entre los miembros, se refiere a las interacciones que se generan dentro del hogar considerando los roles que se establecen previo a la relación, especialmente frente a las figuras de autoridad, Minuchin y Fishman (2004) mencionan que: “Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de los individuos, y que estos influyen sobre la suya” (p.25). Es decir, la influencia que tendrá un miembro, familia o sociedad será directamente proporcional a la profundidad de la relación que se establezca.

La dimensión de relación contiene las siguientes subdimensiones: cohesión, expresividad y conflicto. La primera se refiere al grado de unión, cercanía entre los miembros y el apoyo que se percibe en la familia; en la expresividad se abarca los tipos de comunicación, la forma y nivel en el que la familia promueve la expresión de emociones, conflictos e inquietudes; el conflicto no hace referencia a directamente a agresiones verbales o físicas, sino más bien al modo de resolución que tiene la familia en torno a un problema y la flexibilidad o rigidez a la hora de hacerlo (Ruiz y Guerra, 1993).

Desarrollo.

La dimensión Desarrollo comprende características internas propias de la familia e influenciadas por el contexto cultural y social, siendo las siguientes:

- **Autonomía:** Hace referencia al hecho de cuidarse a uno mismo y decidir libremente, de no depender de terceras personas para la convivencia diaria.
- **Actuación:** Actividades de los miembros familiares o sociales que generen competencia de habilidades, reconocimiento, indicando el grado de valor personal.
- **Intelectual-cultural:** Presumen la inclusión de la persona en actividades de arte, baile, lectura, escritura, etc.
- **Social-recreativa:** Grupos de participación colectiva de un tema de interés para la persona, especialmente en deportes.
- **Moralidad-religiosidad:** Se considera creencias, rituales y valores que practica la familia, ajustándose a la ética y moral de la sociedad. A su vez considera el credo que se profesa y sus diferentes manifestaciones religiosas (Ruiz y Guerra, 1993).

En el tema de discapacidades estos factores son cruciales debido a que en muchos casos se requiere de un cuidador, incluso la responsabilidad de participación social, recreativa y cultural recae sobre una persona/familia que puede o no entender y satisfacer las necesidades personales.

Estabilidad.

Dentro de la dimensión estabilidad se encuentran las subdimensiones de: organización, la cual se refiere a la distribución de tareas en el hogar, la programación y estructura de las actividades además de la responsabilidad que se asume por cada una de ellas; y control el cual se describe como las normas, reglas e instrucciones que se imponen a los integrantes de la familia, guiando el actuar colectivo. (Ruiz y Guerra, 1993)

La estabilidad se asocia con el término homeostasis, la cual puede proveer una familia, es decir regresar a un punto de equilibrio tras existir una crisis o problema, por tal razón los miembros deben mostrarse resilientes y cooperadores ante la nueva circunstancia, así mismo, Minuchin y Fishman (2004) mencionan que: “La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales a saber apoyar la individuación al tiempo que proporcionan un sentimiento de pertenencia” (p.25).

Tipos de clima social familiar.

El clima social familiar tiene una tipificación propuesta por dos autores, inicialmente Ackerman (citado en Ramos y Risco, 2019) describió que en el: “Clima familiar positivo: (...) se sentirán motivados hacia la riqueza individual, fortalecerán su autoestima y reafirmarán su identidad. Esto hará que tenga una vida grata y se mantenga una buena relación con las personas que los rodea” (p.17). Si los miembros de la familia establecen una estructura, funcionalidad y relación adecuada basada en la confianza y respeto, favorecerán la formación de la personalidad en los hijos, promoverán el apoyo entre miembros en situaciones críticas, fomentarán la individualidad y por último ofrecerán una guía para una interacción saludable con la sociedad.

Moos y Trickett plantearon una clasificación para el clima social familiar, en donde se evalúan las 3 dimensiones: relación, desarrollo y estabilidad; a cada una se le asigna individualmente una categoría como: muy buena, buena, tendencia a buena, media, tendencia a mala, mala y muy mala; es decir entre más aporte la familia y sociedad al crecimiento personal más se acercará a la categoría de muy bueno, contrariamente si las redes de apoyo son deficientes y perjudican la salud mental y física del individuo se acercará más a la categoría de muy malo, debido a la amplitud de las subdimensiones permite un

estudio más completo de aspectos puntuales que influyen el clima social familiar (Núñez, 2018).

En su contraparte, Ackerman (citado en Ramos y Risco, 2019) señaló que en el: “Clima familiar negativo: los problemas familiares sumergen a su miembro a un estado de angustia, confusión e incertidumbre y esto a su vez genera una conducta inadecuada (...). Debido a esto las relaciones interpersonales se debilitan” (p.18). Es decir, promueve a un ser humano aislado, desadaptado socialmente, inseguro, con evidente falta de habilidades sociales del cual se derivarán problemas asociados como la agresividad, comunicación impulsiva e hiriente, generando dificultades en el ámbito psicosocial.

Por otro lado, Coleman (citado en Ramos y Risco, 2019) clasificó al clima social familiar de la siguiente manera:

- a) **No estructurado, inclinado al conflicto.** Por ejemplo, grado elevado de interacción conflictiva, ausencia de apoyo dentro del hogar, falta de fuerza y apoyo para evolución y crecimiento personal.
- b) **Orientado al control.** Por ejemplo, actividades familiares estructuradas, normas familiares, reconocimiento de logros, la familia apoya, sin embargo, no expresa ni demuestra emociones.
- c) **Estructurado, inclinado a la expresión y la independencia.** Por ejemplo, fuerza e intensidad en las relaciones familiares, se estimula y se fortalece la independencia, normas claras y la mejoría en la convivencia del hogar entre los miembros. (p.18)

A pesar de que en la familia se aprende la mayor parte de patrones de comportamiento, la sociedad puede aportar los mismos componentes de estructuración, normas, creencias y estigmas a través de instituciones como: escuelas u orfanatos, lugares en donde exista una figura de autoridad que establezca la dinámica de comportamiento, como en el hogar son los padres, en la escuela puede ser el director o los maestros, en orfanatos pueden ser los cuidadores. Independientemente del lugar en donde lo aprendamos, los conceptos que creemos se verán reflejados en nuestra interacción con los miembros de la comunidad o la familia.

Clima social familiar en la discapacidad.

La discapacidad es definida según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (citado en Organización Mundial de la Salud, 2011) como: “un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (...) y factores personales y ambientales” (p.7). Las restricciones en el desarrollo de la vida diaria de una persona con discapacidad dependerán de su manifestación física o psicológica y la gravedad del cuadro, esto puede llegar a afectar desde actividades como el aseo personal hasta la competencia laboral.

El clima social familiar que se desarrolla en el hogar será un factor determinante para la formación de la percepción propia, del hogar y del mundo; el núcleo familiar ofrecerá la atención y cuidados que requiere una persona con discapacidad, brindando la información pertinente para la interacción con otros y con el mundo exterior, por la misma razón Peralta y Arellano (2010) señalan que: “las personas con discapacidad viven mejor y son mejor atendidas en sus propios hogares, (...) ya que (...) la familia es el único elemento constante en la vida de la persona con discapacidad y, como tal, es quien mejor va a definir sus necesidades de apoyo” (p.1342).

Aunque en diversos casos las personas con discapacidad se encuentran al cuidado de terceras personas, familiares lejanos, instituciones públicas o privadas; estas juegan el mismo papel de la familia. Por lo mismo, alrededor del mundo se proponen acciones de asistencia social y de atención a la salud que promuevan la colaboración de las personas con discapacidad en actividades de la comunidad, actuando como entes activos en la sociedad; por otra parte, se espera que las familias aporten en la atención del paciente, incentiven a la autonomía y la inclusión social trabajando conjuntamente con profesionales que ejerzan bajo este paradigma de participación e inclusión.

Calidad de vida

Definiciones.

El concepto de calidad de vida abarca la vida social, familiar, laboral, económica, incluye también el bienestar físico y psicológico del individuo, por lo mismo la OMS (citado por Botero y Pico, 2007) la define 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. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros” (p.11).

Debido a las exigencias modernas y estilos de vida menos saludables se ha visto la necesidad de medir, mejorar y promover una mejor calidad de vida, especialmente en poblaciones vulnerables como; niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres embarazadas, los cuales por su condición pueden ser más susceptibles a abusos, discriminación y exclusión.

Por otro lado, Ardilla (2003) menciona que:

“Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. (...) Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p.163).

La calidad de vida no se refiere únicamente a la satisfacción de las necesidades básicas, alimentación, vivienda, vestimenta y salud; sino también a la valoración de nuestra propia vida, abordando sentimientos propios junto con los del entorno que nos rodea, las relaciones

e interacción que percibimos con los demás, es decir, que aportan los demás para mí y que apporto yo para ellos.

Por último, Schalock y Verdugo (2007) señalan que: “Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas - universales- (...) ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales” (p.22). La calidad de vida real y esperada pueden diferir, ya que se encuentran sujetas a las condiciones económicas, culturales y familiares en las que vive el sujeto; los aspectos subjetivos y objetivos no necesariamente deben estar presentes en el mismo momento, por lo que la persona no manifestaría una satisfacción completa en su calidad de vida, a pesar de esto puede continuar el transcurso de su existencia.

Dimensiones de la calidad de vida.

Existen distintos modelos que postulan diferentes indicadores que componen la calidad de vida, este estudio se centra específicamente en el modelo propuesto por Schalock y Verdugo (citado por Rodríguez, 2018) los cuales consideran que: “Las dimensiones básicas de calidad de vida (...) entendidas como "un conjunto de factores que componen el bienestar personal", son bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (p.67). Se generaliza estos indicadores con el fin de valorar de manera amplia la calidad de vida, reuniendo la mayor cantidad de datos de diferentes ámbitos en los que se desarrolla la persona, los indicadores pueden ser variables en importancia y presencia dependiendo del medio que lo rodea.

Bienestar emocional.

Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Jordán (2013) señalan que el bienestar emocional: “Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos” (p.447). Ampliando el concepto de los autores, en la satisfacción se abordan temas como el júbilo, el hecho de sentir placer y sentirse conforme con las actividades que realiza; el autoconcepto abarca la aceptación personal, el amor propio, el sentirse conforme

con su cuerpo, y la ausencia de estrés se refiere a encontrarse en tranquilidad, sin enfrentarse a una situación de riesgo o peligro y métodos de afrontamiento hacia el estrés (Verdugo et al., 2013).

Relaciones interpersonales.

Los componentes que conforman las relaciones interpersonales para Verdugo et al. (2013) son: “Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad” (p.447). Se orienta a crear lazos filiales nutritivos, generar amistades que aportan al bienestar emocional y crecimiento personal, que no promueven la agresión, sino más bien el respeto y apoyo entre miembros, estos contactos se producirán a lo largo de la vida por lo que se toma en cuenta el cambio de las relaciones interpersonales en las diferentes etapas del ciclo vital.

Bienestar material.

Los indicadores que abarcan el bienestar material según Verdugo et al. (2013) incluyen: “Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos)” (p.447). Incluye la cantidad de dinero que adquiere el sujeto para cubrir sus necesidades, la de su familia y llevar una vida digna; el aspecto económico en el mundo moderno afecta tanto el nivel social y calidad de vida, debido a la facilidad de acceso hacia servicios de salud o educación, prioridad de atención en otras instituciones y la asociación entre dinero y estabilidad.

Desarrollo personal.

El desarrollo personal describe el crecimiento individual, el progreso o avance en una carrera profesional o académica, la capacidad de aprender en conjunto con las oportunidades y limitantes de acceso a la información, Verdugo et al. (2013) mencionan que: “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)” (p.447). Los individuos que se encuentran en un nivel social bajo tienen dificultades para el acceso a estas

oportunidades como la educación por la priorización al trabajo desde tempranas edades que estancan la educación seglar. Hablando desde el punto de vista de las discapacidades, existen patologías que limitan el aprendizaje como: el Síndrome de Down o el retraso mental que afectaría directamente a la valoración de esta subdimensión.

Bienestar físico.

Los indicadores según Verdugo et al. (2013) son los siguientes: “Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación” (p.447). Estos aspectos son encaminados a cuidados personales y de la salud, prevención de enfermedades a través de ejercicio, revisiones médicas continuas, alimentación, higiene personal, hábitos de la vida diaria (consumo de cigarrillo, alcohol, horas de sueño).

Autodeterminación.

La autodeterminación hace referencia al hecho de tener la capacidad de tomar una decisión por uno mismo, bajo preceptos e ideas propias orientadas a conseguir metas personales, por esta razón los indicadores que proponen Verdugo et al. (2013) son: “Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones” (p.447). Existen casos puntuales en los que este indicador no se cumple, por ejemplo: al padecer una enfermedad mental que impida tomar decisiones, en casos de discapacidades muy graves en donde una persona decide por el bienestar de otro.

Inclusión Social.

Dentro de la Inclusión Social se abarca indicadores como: integración, participación, acceso y apoyo, es decir, sentirse parte de un grupo, generar nuevas redes de apoyo con las que se comparta diversas actividades y acceda a lugares o programas en los que se pueda integrar sin ser víctima de discriminación por su condición social, género, etnia, religión o por presentar una discapacidad (Verdugo et al., 2013).

Derechos.

Se encamina a la igualdad de deberes y derechos que tiene un ser humano, a ser tratado como igual, con respeto y dignidad. A su vez ejercer sus derechos ciudadanos como el voto y tener acceso a la justicia en caso de que se irrespeten estos derechos. En concordancia con los indicadores de: respeto, conocimiento y ejercicio de los derechos (Verdugo et al., 2013).

Índice de calidad de vida.

La determinación del índice de calidad de vida es complicada por la multivariedad de aspectos que contiene, siguiendo el modelo planteado por Verdugo y Schalock consideran que un índice de calidad de vida alto o bueno se da cuando las personas experimentan satisfacción en sus necesidades básicas, de salud y educación, al sentirse realizadas personal o profesionalmente, con control y libertad de decisiones, además de presentar una vida social satisfactoria con familia, amigos, compañeros de trabajo y la comunidad (Verdugo, 2004).

Los autores plantean 8 dimensiones que correlacionados y en interacción determinan la calidad de vida, cuando no se cumple algún parámetro o expectativa personal de las dimensiones descende el índice de calidad de vida, por esta razón Campbell (citado por Urzúa y Caqueo, 2012) señala que: “la CV resulta de la discrepancia entre un estado ideal y uno real, siendo la CV alta cuando la discrepancia es pequeña, y baja cuando esta es alta” (p.66).

Algunas de las situaciones que indican un índice de calidad de vida bajo son: no contar con recursos económicos o materiales para satisfacer las necesidades básicas, no disponer de servicios de salud de calidad, desempleo, falta de acceso a la educación, abandono o exclusión familiar/social, etc., por lo tanto, los programas gubernamentales de salud y educación se encuentran orientados al acceso a servicios de calidad y calidez de forma equitativa a todos los grupos sociales.

Calidad de vida y discapacidad.

La calidad de vida ha sido un concepto estudiado en diversos contextos y poblaciones incluyendo en discapacidades, debido a que se da prioridad a temas de bienestar físico y

mental, tomando en cuenta las condiciones socio-culturales y económicas en las que se desenvuelve el individuo.

Hernández (2004) menciona que: “el término discapacidad no se considera como sinónimo de minusvalía o minusválido; este término tiene una connotación sociocultural, en la cual se considera que las personas, por su limitación, son incapaces de valerse por sí mismas; por lo tanto, se vuelven una carga para su familia y la sociedad” (p.61). Las personas con discapacidad de grado moderado en adelante requieren la asistencia de otra persona para realizar actividades diarias como: higiene personal o alimentación; esto conlleva a ser un limitante en su autonomía y desarrollo personal.

Aunque la definición de calidad de vida considera que todos debemos cumplir con los indicadores mencionados anteriormente para evidenciar una vida plena, la realidad no es así, a pesar de los diferentes apoyos tanto gubernamentales, sociales y nuevas leyes de integración al ámbito laboral, las personas con discapacidad aún siguen siendo un grupo minoritario y vulnerable por lo que se encuentran expuestos a exclusión, esta población en particular requiere una red de apoyo sólida (familia, amigos, compañeros, personal de salud) que busque su bienestar.

De Andres, Martin, Ferrari e Izquierdo (citado por Ruiz, 2002) manifiestan que: “Las discapacidades que más afectan a la calidad de vida son las de relación personal y de movilidad (...) tiene una clara relación con la peor percepción de la calidad vida” (p.43). Esto se produce por la dificultad de realizar actividades básicas, a pesar de mantener las funciones cognitivas sin algún daño, se requiere mayor cantidad de servicios especializados como: terapia física, terapia del habla, psicoterapia, entre otros; los cuales en muchos casos son difíciles de acceder.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Documental.

La investigación documental para Morales (2003) es: “un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema” (p.2). Se ha tomado como fuente la información de las Historias Clínicas de pacientes con discapacidad, que reposan en el departamento de estadística del Centro de Salud N°1, de donde se extrajo información personal, datos sociodemográficos y resultados de pruebas psicométricas como: Escala de clima social familiar (FES) y Escala de calidad de vida (FUMAT).

Bibliográfica.

Este tipo de investigación utiliza materiales bibliográficos como libros, artículos científicos, informes, publicaciones, periódicos y revistas, que se revisarán dentro del estudio, como menciona Méndez y Astudillo (2008): “que este tipo de investigación no se limita a recolectar datos, resumirlos y presentarlos” (p.25). Por lo que en esta investigación se realizó una revisión de aportes teóricos con respecto al clima social familiar y calidad de vida, obtenido de diferentes fuentes de investigación científica, información la cual ha sido sometida a un análisis crítico y recolectada de manera discriminada dando mayor prioridad a estudios actualizados.

Diseño de la investigación

Transversal.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) en la investigación transversal se: “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.154). Se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes con discapacidad, durante el año 2020.

No experimental.

Se estudió el contexto existente, sin alterar las variables ni el ambiente en el que se desenvuelven los pacientes, por esta razón Hernández, et al. (2006) indican que: “la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p.205).

Nivel de la investigación

Descriptivo.

El nivel descriptivo de la investigación según Niño (2011): “es describir la realidad objeto de estudio (...), sus partes, sus clases, sus categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos” (p.34). Por tanto, se describieron los niveles del clima social y niveles de calidad de vida, exponiendo las dimensiones con mayor problema que presentan los pacientes con discapacidad.

Población y muestra

Población.

Se estableció una población de 144 historias clínicas de pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1 de Riobamba, ingresados en el sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

Muestra.

La presente investigación contó con una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 40 historias clínicas de pacientes con discapacidad atendidos en el Centro de Salud N°1, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores.

Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de edad, entre 18 y 90 años.
- Pacientes con discapacidad física en niveles: leve, moderado y grave.
- Pacientes con discapacidad visual en niveles: leve, moderado y grave.
- Pacientes con discapacidad auditiva en niveles: leve y moderado.
- Pacientes con discapacidad intelectual en un nivel leve.
- Pacientes con discapacidad psicosocial leve.

Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con discapacidad física en nivel muy grave.
- Pacientes con discapacidad visual en nivel muy grave.
- Pacientes con discapacidad auditiva en niveles: grave y muy grave.
- Pacientes con discapacidad intelectual en niveles: moderado, grave y muy grave.
- Pacientes con discapacidad psicosocial en niveles: moderado, grave y muy grave.

Técnicas e instrumentos

Técnicas.

Observación.

La observación es una técnica de investigación que consiste en seleccionar lo que vamos a analizar de manera adecuada para comprender la realidad de la situación. En otras palabras, la observación es la forma más sistematizada y lógica para el registro visual y verificable de lo que se puede conocer; es decir, captar de la manera más objetiva posible, lo que ocurre en el mundo real, ya sea para describirlo, analizarlo o explicarlo desde una perspectiva científica. (Campos y Lule, 2012, p.49)

Instrumentos.

Ficha de observación.

A través de la ficha de observación se generó un registro de datos tras la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes, recolectando información que aporte a la investigación, como: Tipo y porcentaje de discapacidad además de los resultados de los reactivos psicométricos.

Escala de clima social familiar (FES).

Instrumento creado por R. Moos, B. Moos y E. Trickett, presenta una adaptación para Latinoamérica realizada por Cesar Ruiz Alba y Eva Guerra Turín, tiene la finalidad de evaluar las características socio-ambientales y las relaciones personales en familia, se valora 3 dimensiones constituidas por subdimensiones: relación (cohesión, expresividad y conflicto), estabilidad (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad) y desarrollo (organización y control) (Dávila, 2017).

La escala es aplicable para adolescentes y adultos a partir de los 12 años, de manera individual o colectiva y con un tiempo estimado de aplicación de 20 minutos aproximadamente, consta de 90 ítems constituida por 10 subescalas, las respuestas a los ítems son dicotómicas (V/F), determina categorías de las dimensiones como: Muy buena, buena, tendencia a buena, media, tendencia a mala, mala y muy mala; el instrumento muestra una confiabilidad que va del 0,88 a 0,91 con una media de 0,89 en la aplicación individual (Dávila, 2017).

Escala de calidad de vida FUMAT.

Instrumento creado por Miguel Ángel Verdugo, Laura Gómez y Benito Arias, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales, dirigido hacia personas con discapacidad, a partir de la edad de 18 años en adelante, se aplica de manera individual con un tiempo aproximado de 10 minutos, se evalúan las siguientes dimensiones: autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico, consta de 57 ítems con

respuestas con un formato de frecuencia de cuatro opciones: siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca o casi nunca (Verdugo, Gómez y Arias, 2009).

En la escala se valora el índice de calidad de vida con una media de 100 y una desviación típica de 15 puntos por lo que se trabajará con los siguientes puntos de corte: de 62 a 85 puntos corresponde a una calidad de vida baja, de 86 a 115 puntos calidad de vida media y de 116 a 123 puntos una calidad de vida alta, el instrumento permite evidenciar a través de un perfil de calidad de vida las dimensiones más afectadas o potenciadas en el individuo, por lo que la interpretación puede ser intuitiva por parte del profesional; la escala muestra una fiabilidad según el coeficiente del alfa de Cronbach de ,962 (Verdugo et al., 2009).

Técnicas para el procesamiento de datos

Para el procesamiento de la información se realizó una base de datos con los resultados obtenidos de ambas escalas, siendo procesados a través del programa estadístico SPSS, mediante el cual se presenta cuadros descriptivos para posteriormente plantear conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas

Características Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	19	47,5
	Masculino	21	52,5
Edad	18-39	12	30
	40-64	11	27,5
	65 o más	17	42,5
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad	5	12,5
	Primaria	19	47,5
	Secundaria	12	30
	Tercer Nivel	4	10
Tipo de discapacidad	Física	17	42,5
	Intelectual	9	22,5
	Auditiva	7	17,5
	Visual	6	15
	Psicosocial	1	2,5
Grado de discapacidad	Leve	1	2,5
	Moderado	20	50
	Grave	12	30
	Muy Grave	7	17,5

Fuente: Ficha de observación, tomado de las historias clínicas de pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1.

Análisis e interpretación

Los resultados de los datos sociodemográficos señalan que la muestra estudiada el 47,5% pertenecen al género femenino y el 52,5% al género masculino, de los cuales el 30% se encuentran en un rango de edad entre 18 – 39 años, el 30% entre 40 – 64 años y el 27,5% de 65 o más, siendo en su totalidad una población adulta; en torno al nivel de escolaridad el

12,5 % pertenece a sin escolaridad, el 47,5% ha estudiado la primaria, el 30% ha cursado la secundaria y el 10% ha alcanzado un tercer nivel.

En lo que concierne al tipo de discapacidad el 42,5% de la muestra presenta una discapacidad física, el 22,5% una discapacidad intelectual, el 17,5% una discapacidad auditiva, el 15% una discapacidad visual y el 2,5% una discapacidad psicosocial, es decir gran parte de los pacientes tienen problemas de movilidad que va desde la lesión de uno de sus miembros hasta tetraplejías.

Según el grado de discapacidad el 2,5% presenta un nivel leve, el 50% un nivel moderado, el 30% un nivel grave y el 17,5% en un nivel muy grave, se ubican en gran parte dentro del nivel moderado por lo que se requiere la atención y asistencia de un cuidador que asesore y vigile las actividades importantes de los pacientes con discapacidad.

Tabla 2*Niveles de clima social familiar*

NIVELES DIMENSIÓN	Muy buena		Buena		Tendencia a buena		Media		Tendencia a mala		Mala		Muy mala		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
	Relación	3	7,5	2	5	2	5	22	55	6	15	1	2,5	4	10	40
Desarrollo	1	2,5	-	-	3	7,5	18	45	2	5	7	17,5	9	22,5	40	100
Estabilidad	-	-	-	-	1	2,5	32	80	7	17,5	-	-	-	-	40	100

Fuente: Escala de clima social familiar (FES), tomado de las historias clínicas de pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1.

Análisis e interpretación

Los resultados señalan que en la dimensión de relación el 7,5% presenta un nivel muy bueno, el 5% un nivel bueno, el 5% un nivel de tendencia a bueno, el 55% un nivel medio, el 15% un nivel referente a tendencia a malo, el 2,5% un nivel malo y el 10% un nivel muy malo, es decir gran parte de la muestra indica que se encuentran en un nivel medio en la dimensión de relación mostrando que existe unión, predisposición a resolver conflictos y una adecuada interacción interpersonal con la familia, amigos y comunidad.

En la dimensión de desarrollo el 2,5% de la muestra indica un nivel muy bueno, ninguna persona presenta un nivel bueno, el 7,5% un nivel de tendencia a bueno, el 45% un nivel medio, el 5% un nivel de tendencia a malo, el 17,5% un nivel malo y el 22,5% un nivel muy malo, por lo tanto, la mayor parte de individuos se desenvuelven en un nivel medio, haciendo referencia a poder tomar decisiones sobre su propia vida, la posibilidad de incluirse en espacios recreativos, sociales y familiares sin impedimentos.

Finalmente, en la dimensión de estabilidad ninguna persona muestra un nivel muy bueno o bueno, el 2,5% se encuentra en un nivel de tendencia a bueno, el 80% un nivel medio, el 17,5% un nivel referente a tendencia a malo, tampoco se ubican registros en un nivel malo o muy malo, al encontrarse en un nivel medio permite interpretar que existen responsabilidades dentro del hogar, se cumplen normas y reglas junto a toda la familia. Por lo tanto, predomina un nivel medio en las 3 dimensiones del clima social familiar.

Tabla 3

Nivel de calidad de vida

NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
Alto	10	25
Medio	29	72,5
Bajo	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Escala FUMAT, tomado de las historias clínicas de pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1.

Análisis e interpretación

Los resultados demuestran que el 25% de los pacientes se encuentran en un nivel alto de calidad de vida por lo que se indica que cubren las necesidades materiales y afectivas, se respetan los derechos de participación, existe inclusión en el núcleo familiar y/o social, se fomenta el desarrollo de la autonomía, además de accesibilidad a los servicios de atención sanitaria.

Por otro lado, el 72,5% de la muestra presenta un nivel medio de calidad de vida es decir que cubren sus necesidades básicas, de salud y educación, sumándose el apoyo de la familia y comunidad requerido para la atención de su condición de discapacidad y el 2,5% se ubican en un nivel bajo de calidad de vida, caracterizándose por la dificultad al acceso o carencia de servicios de salud o educación, a más de la falta de apoyo, exclusión del paciente de actividades familiares y de la comunidad, generando una menor calidad de vida.

Tabla 4*Relación entre clima social familiar y calidad de vida*

Clima social familiar		Calidad de vida alta		Calidad de vida media		Calidad de vida baja	
		fi	%	fi	%	fi	%
Relaciones	Muy buena	1	2,5	2	5	-	-
	Buena	1	2,5	1	2,5	-	-
	Tendencia a buena	1	2,5	1	2,5	-	-
	Media	6	15	15	37,5	1	2,5
	Tendencia a mala	-	-	6	15	-	-
	Mala	-	-	1	2,5	-	-
	Muy mala	1	2,5	3	7,5	-	-
Desarrollo	Muy buena	-	-	1	2,5	-	-
	Buena	-	-	-	-	-	-
	Tendencia a buena	1	2,5	2	5	-	-
	Media	4	10	14	35	-	-
	Tendencia a mala	-	-	2	5	-	-
	Mala	2	5	5	12,5	-	-
	Muy mala	3	7,5	5	12,5	1	2,5
Estabilidad	Muy buena	-	-	-	-	-	-
	Buena	-	-	-	-	-	-
	Tendencia a buena	-	-	1	2,5	-	-
	Media	9	22,5	22	55	1	2,5
	Tendencia a mala	1	2,5	6	15	-	-
	Mala	-	-	-	-	-	-
	Muy mala	-	-	-	-	-	-

Fuente: Escala de clima social familiar (FES) y Escala FUMAT, tomado de las historias clínicas de pacientes con discapacidad del Centro de Salud N°1.

Análisis e interpretación

Los resultados señalan que en el clima social familiar en su dimensión relaciones, en la categoría muy buena el 2,5% se encuentra en una calidad de vida alta, mientras el 5% refiere una calidad de clima media; en la categoría buena el 2,5% indica una calidad de vida alta mientras que el 2,5% señala una calidad de vida media; en la categoría tendencia a buena el 2,5% se encuentra en un calidad de vida alta y el 2,5% en una calidad de vida media; en la categoría media el 15% presenta una calidad de vida alta mientras que 37,5% muestra una calidad de vida media y el 2,5% una calidad de vida baja; en la categoría tendencia a mala el 15% menciona una calidad de vida media; en la categoría mala el 2,5% refiere una calidad de vida media; en la categoría muy mala el 2,5% indica una calidad de vida alta y el 7,5% se encuentra en una calidad de vida media.

Una parte significativa de los usuarios se encuentran en un nivel medio en la dimensión de relaciones y calidad de vida es decir los pacientes tienen un contacto e integración positivo con los miembros de su familia, pareja, barrio y profesionales de la salud, orientándolos a mantener una calidad de vida en donde se cubren las necesidades requeridas por el usuario.

Dentro del clima social familiar en su dimensión desarrollo en la categoría muy buena el 2,5% presenta una calidad de vida media; en la categoría buena no se encuentran resultados; en la categoría tendencia a buena el 2,5% menciona una calidad de vida alta mientras que el 5% indica una calidad de vida media; en la categoría media el 10% refiere una calidad de vida alta y el 35% señala una calidad de vida media; en la categoría tendencia a mala 5% muestra una calidad de vida media; en la categoría mala el 5% presenta una calidad de vida alta, el 12,5% una calidad de vida media; en la categoría muy mala el 7,5% refiere una calidad de vida alta, el 12,5% menciona una calidad de vida media y el 2,5% una calidad de vida baja.

En la dimensión desarrollo, en gran parte de la muestra predomina la categoría media, por lo que indica que el entorno que rodea al paciente se encuentra orientado hacia la participación y cumplimiento de reglas acorde a la moral de la sociedad, lo cual hace que se perciba una calidad de vida media al asociarse con dimensiones de inclusión social, bienestar emocional, desarrollo personal, que en conjunto permiten el desarrollo personal del paciente.

El clima social familiar en su dimensión estabilidad en la categoría muy buena y buena no se muestran resultados; en la categoría tendencia a buena el 2,5% se encuentra en una calidad de vida media; en la categoría media el 22,5% indica una calidad de vida alta, el 55% presenta una calidad de vida media y el 2,5% señala una calidad de vida baja; en la categoría tendencia a mala 2,5% refiere una calidad de vida alta, mientras el 15% una calidad de vida media; en las categorías mala y muy mala no se encuentran resultados.

En la dimensión estabilidad existe una organización parcial en tareas, actividades, reglas e instrucciones en la familia, que permiten que la persona se desenvuelva en un ambiente adecuado por lo que se asocia a una calidad de vida media al cumplir con el parámetro de relaciones interpersonales adecuadas.

Gran parte de la muestra se encuentra ubicada en un nivel de clima social familiar y calidad de vida medio, evidenciando una relación entre ambas variables, en donde una variable influirá en la posición del nivel de la otra variable; por lo que los pacientes que se desenvuelvan en ambientes familiares o sociales nutridores, que aporten a la individualidad, desarrollo emocional y personal se encontrarán en una calidad de vida media, la cual indica una satisfacción de necesidades afectivas, existencia de apoyo monetario o cuidados por parte de un tercero, en conjunto, permite a la persona desarrollarse positivamente, tomando en cuenta áreas que aún se encuentran sujetas a cambios para generar mayor aporte al paciente.

PLAN DE ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Introducción

Las estrategias psicológicas con las que se trabajará son las siguientes: psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, el problema Diana, modificación o modulación de actitudes y comunicación asertiva, basadas en un modelo integrador, deben ser administradas de forma individual conjugándose con la participación familiar y social; las mismas serán aplicadas por profesionales de la salud mental, dichas técnicas son dirigidas para la atención con personas con discapacidad en sus diferentes tipos (física, intelectual, visual, auditiva, psicosocial) y niveles (leve, moderado, grave).

Objetivo general

Fortalecer la calidad de vida mediante la aplicación de estrategias psicológicas para promover la autonomía y el bienestar de las personas con discapacidad.

Estrategias psicológicas

Psicoeducación.

La psicoeducación se caracteriza por ofrecer información al paciente y la familia sobre la patología presente, un profesional la detalla, sintetiza y responde todas las dudas sobre el origen, complicaciones, tratamiento y evolución de la enfermedad. En los casos en los que se requiera un cuidador la persona necesita una guía clara y veraz sobre el trabajo y retos a los que enfrentará junto con la persona con discapacidad (Albarrán y Macias, 2007).

Este proceso de educación es importante para todos los miembros de la familia y el paciente, debido a manifestaciones de hostilidad, exclusión, tendencia a fatalizar la condición, sobreprotección o la presencia de críticas dentro de la familia que disminuyen la confianza del individuo para mantener el control sobre su vida. Por otro lado, hay que evitar la sobreinformación, no guiada por un profesional porque se realizan conjeturas catastróficas

sobre la discapacidad del paciente, proponiendo ideas de inutilidad, invalidez y desvalorización.

La psicoeducación es una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las personas desde la atención primaria de salud. Propone integrar un enfoque educativo, preventivo y psicológico, con el fin de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo; la inclusión de la psicoeducación propiciaría optimizar la calidad de vida y ayudaría a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad en la familia y cuidador. (Cuevas y Moreno, 2017, p.210-211)

Relajación progresiva de Jacobson.

Esta técnica tiene el objetivo de mantener un equilibrio físico y emocional, a través de movimientos corporales y una relajación mental, buscando conseguir una armonía, control emocional (ira, preocupación), reducir sentimientos de ansiedad, estrés y lograr un adecuado estado de reposo. En el diagnóstico y tratamiento de una discapacidad las personas tienden a sentirse angustiadas, estresadas e irritables, a tal grado que desarrollan síntomas psicósomáticos como dolores musculares (cuello, hombros, espalda), problemas digestivos, dolores de cabeza, taquicardia, insomnio, entre otros, por lo que esta técnica es recomendable para estos casos.

Se busca que estas emociones negativas no afecten de manera significativa al estado físico y mental del paciente, por lo que el objetivo de la relajación es reducir la carga emocional y retornar a la homeostasis, para la aplicación de esta técnica se debe considerar las siguientes fases:

1. La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular.
2. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.
3. La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la

mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo. (Álvarez, Carrión, Casanova, Rubio, Miras, Salvador y Sicilia, 2008, p.2)

A pesar de que esta técnica es aplicable para diferentes edades y condiciones, en el caso de una discapacidad física que afecte la motricidad se recomienda otro tipo de técnicas de relajación como: respiración diafragmática o respiración natural e imaginación, obteniendo resultados similares a la técnica mencionada anteriormente.

Asignación de tareas graduales.

Esta técnica se basa en la ejecución de actividades, por lo que Benedito, Carrió, del Valle y Domingo (2004) explican que: “Se trata de que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles” (p.171). En esta estrategia se incentiva a la autonomía, respetando las limitaciones y el ritmo personal del paciente, el objetivo es que la persona se desenvuelva cada vez mejor en actividades cotidianas, se sienta útil, independiente e incremente su autoestima, la técnica puede ser aplicada en niños, adolescentes y adultos, además puede ser maleable dependiendo de la necesidad y tipo de discapacidad.

Se inicia designando tareas sencillas que al realizarlas permitan una gratificación inmediata en la persona, más adelante se designan tareas más complejas, que permitan crear formas de afrontar la dificultad, que pueden o no incluir a la familia, a su vez preverá información sobre la forma de sobrellevar la frustración, observando específicamente los puntos débiles con los que se trabajará con el paciente (Intriago, 2019).

El problema Diana.

En conjugación con la estrategia anterior, una vez propuestas las actividades a realizar, se identifica las tareas que más dificultad presenta y en conjunto con esta técnica se lo resuelve; por esta razón la Federación Sardu (2011) señala que el Problema Diana: “Propone elegir entre todas las dificultades que presenta la persona una sola para fragmentarla y afrontarla mediante tareas específicas” (p.29).

Para ejecutarla se debe seguir los siguientes pasos:

- Inicialmente se debe crear una lista con las dificultades que presente la persona, se puede analizar junto con el profesional y/o familiar. Se pide a la persona que escoja cual es el problema con el que desea iniciar.
- Una vez que escogió el problema se centrará sobre el nivel de dificultad, se propondrán alternativas sobre las cuales se actuará, además, se establecerá un tiempo límite que motive al paciente a actuar sobre el problema, tanto la familia como el profesional buscaran ayudar a la resolución de la dificultad.
- Tanto la aceptación de las dificultades y la intervención de una tercera persona ayudan al individuo a analizar el problema desde diferentes puntos de vista, además de escuchar y aceptar la ayuda de otros miembros (Federación Sartu, 2011).

Para la aplicación debe existir un compromiso del paciente, la familia y el profesional. Esta técnica puede aplicarse en niños, adultos o personas de la tercera edad con discapacidad adquirida que se les dificulte adaptarse a tareas cotidianas bajo una nueva condición; ayuda a desarrollar autonomía, decisión sobre las acciones personales e incentiva sentimientos de valía y utilidad en el núcleo familiar.

Modificación o Modulación de Actitudes.

En la discapacidad puede presentarse distintos tipos de actitudes, como: positivas, negativas o indiferentes, con una prevalencia mayor de las negativas. La forma en la que vea la persona la discapacidad será un factor determinante para su tratamiento y su estilo de vida, por esta razón Elizabeth Lukas (citado por Luna, 2011) quien introdujo esta técnica indica que: “lo más patógeno es la actitud equivocada de la persona y no el problema en sí” (p.85).

En esta estrategia se trabajará 4 elementos importantes:

- a) **Mostrar el valor:** Se trata que el paciente desarrolle una actitud positiva frente a una situación que puede ser irremediable, considerando que el suceso se tome en una posibilidad de expandir nuevos caminos.

- b) Mostrar el sentido: Buscar lo que le da el sentido a la vida de la persona a pesar del sufrimiento que puede estar pasando en ese momento.
- c) Mostrar el resto: Radica en presentar opciones que se desprenden del momento doloroso que el individuo transita, es decir encontrar nuevas posibilidades.
- d) Mostrar perspectivas: Finalmente que se produzca un aprendizaje del hecho, que favorezca la madurez personal estimulando el perdón, autoconocimiento y la trascendencia del ser humano (Suárez, 2013).

Por esta razón, se busca que la persona desarrolle una actitud positiva y estrategias de afrontamiento adecuadas para las dificultades que se les presente, dejando de lado la concepción de la discapacidad como un hecho limitante y catastrófico, además de pensamientos negativos y distorsiones de la realidad que acarrearán a patologías físicas y psicológicas reduciendo la calidad de vida del paciente.

Comunicación asertiva.

La comunicación es la expresión de información de forma verbal y no verbal, por lo que el tono, la expresión facial, postura, mirada, comunicarán nuestro sentir, agrado o desagrado hacia los demás. La comunicación asertiva según Aguirre, Mesa, Morales, y Saldarriaga (2008) hace alusión a: “expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás, al mismo tiempo que se les respetan sus opiniones” (p.50).

En el tema de discapacidades es importante el desarrollo de esta habilidad tanto por parte del paciente para que defienda sus derechos, exprese sus sentimientos y pensamientos siendo parte de las conversaciones familiares y sociales, fortaleciendo así su autoestima, de la misma manera, a la familia se le orienta para expresarse de forma respetuosa, sin denigrar, discriminar, ni insultar; si no más bien se desarrolle una comunicación en un marco de respeto y dignidad.

La sociedad y la familia deben evitar términos como los que menciona el Consejo Nacional Para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública (2016): “**Se dice:** Discapacitados, personas especiales, capacidades diferentes, capacidades especiales, inválidos, minusválidos, tullidos, rengos, sordomudos, paralíticos, lisiados, patojos, enfermitos,

pobrecitos. **Se debe decir:** Persona con Discapacidad” (p.45). Estos términos promueven la exclusión y baja autoestima en personas con discapacidad.

Además de las estrategias recomendadas, se sugiere el acompañamiento de profesionales de diferentes áreas de la salud, junto con psicoterapia individual y familiar conjugándose con tratamientos adjuntos como terapia ocupacional, bailoterapia, fisioterapia, terapia del lenguaje, etc., tratando de conseguir una atención integral que promueva una mejor calidad de vida en las personas con discapacidad.

DISCUSIÓN

En esta investigación se trabajó con una muestra de 40 pacientes con discapacidad, se evidencia un nivel medio de clima social familiar junto con todas sus dimensiones, los resultados obtenidos en la dimensión de relación en un 55% es media, en la dimensión desarrollo el 45% se encuentra en un nivel medio, mientras que en la dimensión de estabilidad se indica que el 80% presenta un nivel medio, es decir se satisfacen las necesidades económicas y emocionales del paciente, se conjuga con el apoyo de redes sociales (comunidad, amigos profesionales de la salud) y familiares que aportan positivamente al tratamiento y cuidado de la persona con discapacidad.

Dichos resultados se relacionan con el estudio elaborado por Arriaga y Santillana (2018) los cuales evaluaron a 239 personas con discapacidad física y sensorial, con edades entre los 12 y 61 años, manifestando que las dimensiones de clima familiar se correlacionan positivamente a nivel moderado en su población. Ambos estudios muestran resultados orientados a un nivel medio del clima social familiar presentado en un contexto de discapacidad, sin profundizar en el origen de la misma, sino más bien determinar el nivel de apoyo brindado, la inclusión social, el desarrollo de autonomía y autocuidado que presenta una persona con esta condición y los aportes de la familia y/o sociedad hacia el individuo, los cuales son facilitadores para una mayor adaptación al entorno y a la discapacidad.

En contraste con esta investigación se encuentra el estudio realizado por De la Cruz y Paitan (2015) denominado Clima social familiar de los estudiantes con necesidades educativas especiales del CEBE N°35001 de la ciudad de Huancavelica, trabajando con personas con discapacidad, determinaron que el 63% de la población presenta un nivel desfavorable del clima social familiar. La discrepancia de los resultados se da debido a los rangos de edad los cuales se encuentran entre los 7 y 30 años y el tipo de discapacidad en donde se tomaron en cuenta físicas, intelectuales y autismo, mientras en este estudio se incluyeron discapacidades de tipo visual y auditiva tomando en cuenta a pacientes entre edades de 18 a 80 años.

Con respecto a los cambios para mejorar el clima social familiar es necesario un trabajo interdisciplinario (psicológico, cuidador o padres, paciente, familia cercana), además de generar encuentros inclusivos y participativos dentro de la familia y sociedad, al mejorar este ámbito se espera promover un desarrollo positivo, De la Cruz y Paitan (2015) mencionan que

para desarrollar un buen clima social familiar es necesario reformular el modo de trabajo orientado y exigir una vinculación de la familia amorosa que permite desarrollar las potencialidades y habilidades.

Por esta razón Ramos y Risco (2019) indican que el desarrollo de un clima social familiar positivo permite obtener herramientas y recursos que faciliten adquirir habilidades y repertorios para desempeñarse socialmente, generar competencia de interacción, solución de conflictos, lecturas y adaptaciones en situaciones sociales.

Por otro lado, los resultados arrojados en esta investigación en lo que respecta a la calidad de vida, en una muestra de 40 pacientes con discapacidad el 72,5% indican una calidad de vida media mientras que el 25% presentan una calidad de vida alta, cifras que concuerdan con el estudio de Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez y Segura (2014), titulado Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011, en el cual se evaluó a una muestra de 175 personas con discapacidad física en edades de 18 a 71 años, en donde se concluye que el 44,6% de los evaluados tienen una percepción regular de la calidad de vida.

Cardona, et al. (2014) mencionan que al comparar la calidad de vida y sus diferentes variables se indica que los factores que inciden para tener un mala o regular calidad de vida son: el nivel de educación al haber alcanzado únicamente estudios primarios y el hecho de encontrarse en un estado civil de viudo, dentro de la investigación existe una predominancia de pacientes con educación primaria caracterizándolo como un factor que incide en la calidad de vida, al existir una falta de educación se presenta un conocimiento limitado sobre prevención, acceso y servicios de salud, sumándose la escases de recursos económicos que afecta el tratamiento y atención de la discapacidad.

A su vez, Verdugo (2017) en su investigación denominada Calidad de vida de las personas con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar Loja 2016, evaluando a 397 personas, en donde se concluye que el 68,9% presenta una mala calidad de vida. La diferencia de los resultados con esta investigación radica en el tipo de discapacidad de estudio, ya que se consideró un nivel grave y muy grave, con situaciones sociodemográficas distintas en donde la mayor parte de la muestra no tienen escolaridad y presentan una condición socioeconómica baja, por esta razón Vega, et al. (2011) refieren que a mayor grado de discapacidad aspectos de la calidad de vida como la productividad e independencia suelen ser menos valorados.

En esta investigación se ha realizado una valoración global de la calidad de vida, no se ha realizado una comparación de las dimensiones, por su parte Vega, et al (2011) en su estudio de mujeres con discapacidad intelectual señalan que las dimensiones con mayor puntuación fueron bienestar físico y emocional y con menor puntuación la dimensión de derechos, debido a la institucionalización en un centro hasta por más de 25 años, así mismo Castro, Cerda, Vallejos, Zúñiga y Cano (2016) indican que en su población de personas con discapacidad mental la puntuación más alta fue en la dimensión de inclusión y la más baja en autodeterminación, principalmente esta dimensión porque en la discapacidad intelectual al ser en un grado moderado-severo se dificulta la toma libre de decisiones.

Por último, Henao y Gil (2009) concluyen que la calidad de vida se encuentra estrechamente ligado al contexto educativo, de salud, habilitador y rehabilitador en el que la persona se desenvuelve y su relación con otros, en concordancia con los datos de este estudio los factores que influyen de forma significativa en la valoración de la calidad de vida son: el nivel de escolaridad, grado de discapacidad, apoyo familiar y social que presentan los pacientes.

CONCLUSIONES

A través de la investigación realizada se concluye lo siguiente:

- Se ha determinado que los pacientes con discapacidad que asisten al Centro de Salud N°1, con respecto al clima social familiar, presentan los siguientes resultados: en la dimensión de relación en un 55% un nivel medio, en la dimensión desarrollo el 45% presenta un nivel medio y en estabilidad el 80% se ubica en un nivel medio, por la concordancia de los resultados se establece que los pacientes se desarrollan en un clima social familiar medio.
- Se ha determinado en relación a la calidad de vida que el 72,5% de la muestra se desenvuelve en un nivel medio, haciendo alusión a la satisfacción de sus necesidades básicas, materiales, salud, educación, y emocionales por parte de su familia y la comunidad.
- Se estableció una relación descriptiva entre el clima social familiar y la calidad de vida al evidenciarse los siguientes resultados: en la dimensión de relaciones nivel medio y calidad de vida media se ubica el 37,5% de la muestra, en la dimensión de desarrollo con nivel medio y calidad de vida media se ubica el 35% de los pacientes, además en la dimensión estabilidad con nivel medio y calidad de vida media se ubica el 55% de la muestra. Por lo que se determina que una variable puede afectar el nivel de la otra variable.
- Se realizó un plan de estrategias psicológicas orientadas a mejorar la calidad de vida específicamente en los ámbitos de autodeterminación, autonomía, y participación social, el cual puede ser aplicado por profesionales de la salud mental, beneficiando a cuidadores y pacientes con discapacidad.

RECOMENDACIONES

A partir del trabajo investigativo se recomienda lo siguiente:

- Se recomienda al Centro de Salud N°1 se gestione la creación de un grupo específicamente para personas con discapacidad, en donde se pueda realizar actividades de apoyo grupal, asesoría a cuidadores y atención psicológica orientada a los distintos tipos y niveles de discapacidad.
- Se sugiere realizar periódicamente talleres psicoeducativos a los pacientes en la sala de espera, que promuevan el conocimiento sobre las diferentes discapacidades, atención hacia las mismas, formas de prevención y en caso de presentar una discapacidad o tener un familiar con esta condición mostrar la manera de afrontarla positivamente.
- Se propone que la institución debe ofrecer un asesoramiento completo sobre programas gubernamentales (Bono de Desarrollo Humano, Manuela Espejo, Centros Diurnos de Desarrollo Integral para personas con Discapacidad, Centros de Referencia y Acogida, Atención en el Hogar y la Comunidad) que apoyan a personas con discapacidad y explicar los beneficios de los carnets de discapacidad, con el fin de tener mayor sostenibilidad económica, además mayor acceso a servicios de salud para el tratamiento y cuidado del paciente.
- Se plantea la socialización del plan de estrategias por parte de la institución al equipo multidisciplinario encargado de la calificación de discapacidades, con el fin de que tanto cuidadores como pacientes con discapacidad puedan beneficiarse de la información impartida en el plan a través de sus respectivos profesionales de la salud mental, promoviendo la prevención de patologías a nivel físico y psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, M., Mesa, J., Morales, H., y Saldarriaga, E. (2008). *La comunicación asertiva: herramienta de la práctica pedagógica que permite mediar las dificultades en el aprendizaje* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Albarrán, A., y Macias, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 10(2), 118-124.
- Alcalaico, M., y Lázaro, M. (2015). *Clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de la Institución educativa N° 1199 Mariscal Ramón Castilla, Chaclacayo-Lima, 2014* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión. Lima, Perú.
- Álvarez, J., Carrión, J., Casanova, P., Rubio, R., Miras, F., Salvador, M., y Sicilia, M. (2008). *Relajación Progresiva de Jacobson*. España: Universidad de Almería. Recuperado de <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arriaga, J., y Santillana, D. (2018). *Impacto del clima familiar en la resiliencia de personas entre 12 y 16 años con discapacidad física y/o sensorial de Arequipa* (tesis de pregrado). Universidad Católica San Pablo, Perú.
- Benedito, M., Carrió, M., Del Valle, G., y Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(92). 165-176.
- Botero, B., y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Campos, G., y Lule, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60.
- Cardona, D., Agudelo, A., Restrepo, L., Sánchez, L., y Segura, A. (2014). Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *CES Salud Pública*, 5(2), 137-146.

- Castro, L., Cerda, G., Vallejos, V., Zúñiga, D., y Cano, R. (2016). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral. *Avances en psicología latinoamericana*, 34(1), 175-186.
- Chávez, C (2015). *Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo* (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Chávez, J. (2016) *Relación del clima social familiar y el tipo predominante de liderazgo en personas con discapacidad física miembros de la OMAPED. Catacaos- Piura, 2013* (Tesis de pregrado). Universidad Católica los Ángeles Chimbote, Piura, Perú.
- Consejo Nacional Para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Guía para atención de personas con discapacidad en la salud rural*. Ecuador.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2020). *Estadísticas de Discapacidades*. Quito, Ecuador: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Cuevas, J., y Moreno, N. (2017) Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(03), 207-218.
- Dávila, L. (2017). *Clima social familiar en alumnos de 4to y 5to de secundaria de la I.E. N° 60188 Simón Bolívar, Noviembre 2016* (Tesis de grado). Universidad Científica de Perú, Iquitos, Perú.
- De la Cruz, Y., y Paitan, R. (2015). *Clima social familiar de los estudiantes con necesidades educativas especiales del CEBE N° 35001 de la ciudad de Huancavelica* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.
- Federación Sartu. (2011). *Estrategias profesionales para la inclusión social*. País Vasco: Creative Commons.
- Henao, C., y Gil, L. (2009). Calidad de vida y situación de discapacidad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 4(2), 112-125.
- Hernández, A. (2004). Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y su entorno. *Aquichan*, 4(1), 60-65.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

- Intriago, C. (2019). *Plan de intervención para el tratamiento del trastorno de depresión mayor desde el enfoque cognitivo conductual* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- Isaza, L., y Henao, G. (2011). Relaciones entre clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 4(1), 19-30.
- Kemper, S. (2000). *Influencia en la práctica religiosa (Activa – No activa) y del género de la familia sobre el Clima Social Familiar* (Tesis de Maestría). UNMSM, Lima, Perú.
- Luna, J. (2011). *Logopedia Un enfoque humanista existencial fenomenológico*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Méndez, A., y Astudillo, M. (2008). *La Investigación en el área de la Información. Guía para realizar bibliografías y fichas de trabajo*. México: Trillas.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). “*Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud*”. Primera edición. Quito, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Recuperado de <http://salud.gob.ec>
- Minuchin, S., y Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Morales, A. O. (2003). *Fundamentos de Investigación Documental y la Monografía*. Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología, Universidad de los Andes, 1-20.
- Niño, V. (2011). *Metodología de la Investigación diseño y ejecución*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Núñez, N. (2018). *Clima social familiar en estudiantes del primer año de educación secundaria de la I.E.P.G. Madre admirable del distrito de San Luis, 2017* (tesis de pregrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra, Suiza: Malta.
- Pareja, M. (2018). *Clima social familiar de los pacientes atendidos en la Casa de Atención a la Persona con Discapacidad (CAPD) de la Municipalidad de Lima, periodo 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Peru.
- Peralta, F., y Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico- aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362.
- Ramírez, Y. (2017). Clima social familiar y habilidades sociales en estudiantes de educación primaria de Cajamarca. *Revista Paian*, 8(2), 63-70.

- Ramos, C., y Risco, R. (2019). *Clima Social Familiar* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú.
- Reyes, L. (2016). *Conductas antisociales y clima social familiar en estudiantes de secundaria en instituciones educativas públicas de la ciudad de Huarney* (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Chimbote, Perú.
- Rodríguez, M. (2018). *Evaluación de la calidad de vida en niños y jóvenes con síndromes de Down* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Ruiz, A. (2002) O.1.4. Estudios de calidad de vida y salud mental. *Gac Sanit*; 16(1), 33-132. Recuperado de://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13036601
- Ruiz, C., y Guerra, E. (1993). *Escala de Clima Social en la Familia (FES)*: Academia. Recuperado de <https://www.academia.edu/31997747/182430293-Escala-Del-Clima-Social-en-La-Familia-FES.docx>
- Santos, L. (2012). *El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una institución educativa del Callao* (Tesis de pregrado). Universidad San Ignacio de Loyola. Perú.
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pdf>
- Suárez, M. (2013). *El modelo logoterapéutico grupal en el fortalecimiento de la autoestima de los adolescentes del Noveno Año de Educación Básica del Colegio Fausto Enrique Molina de la ciudad de Ambato durante el periodo Septiembre 2012 – Mayo 2013* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato, Ecuador.
- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vega, V., Jenaro, C., Morillo, M., Cruz., M., y Flores, N. (2013). Calidad de vida y apoyos en personas con discapacidad Intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 52-70.
- Verdugo, M. (2004). Calidad de vida y calidad de vida familiar. *II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío*, 23-25.
- Verdugo, M., Gómez, L., y Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Salamanca, España: Publicaciones del INICIO.

- Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L., y Jordán, B. (2013). Calidad de vida. En M. Verdugo y R. Schalock (Ed.), *Discapacidad e inclusión: Manual para la docencia* (pp.443-462). Salamanca, España: Amarú.
- Verdugo, Z. (2017). *Calidad de vida de las personas con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar Loja 2016* (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de observación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA



Nombre del proyecto de investigación: Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N°1. Riobamba, 2020

Ficha de observación

1. Datos sociodemográficos

Sexo:..... Edad:.....
Nivel de escolaridad:.....
Ocupación:.....
Tipo de discapacidad:.....
Porcentaje de discapacidad:.....

2. Resultados de reactivos psicológicos

2.1 Escala de Clima Social Familiar (FES)

Dimensiones	Resultados
Relación	
Estabilidad	
Desarrollo	

2.2 Escala de Calidad de Vida FUMAT

Dimensiones	Puntuaciones Directas	Puntuaciones Estándar
Bienestar Emocional		
Relaciones interpersonales		
Bienestar Material		
Desarrollo Personal		
Bienestar Físico		
Autodeterminación		
Inclusión Social		
Derechos		
	Suma Puntuaciones Estándar	
	Índice de Calidad de Vida	

Anexo 2: Resolución de la aprobación del tema de investigación



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 17 de enero de 2020
Oficio No. 0040-RD-FCS-2020

SEÑORITAS
LLANGA GAVILÁNEZ JENNYFER KATHERYNE
VILLAFUERTE MOROCHO JHONATAN ADRIAN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
De mi consideración:

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al día viernes 17 de enero de 2020.

RESOLUCIÓN No. 0040-D-FCS-17-01-2020: Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Psicología Clínica. Oficio No. 024-DPSCL-FCS-20, aprobación Comisión de Carrera y CID de la Facultad:

Nombres y apellidos de los estudiantes	Tema aprobado por Comisión de Carrera y CID	Observación sobre el tipo de estudio	Tutor y miembros del Tribunal, según Artículo 173 del RRA	Tribunal según Artículo 174 del RRA
Llanga Gavilánez Jennyfer Kathyne Villafuerte Morocho Jhonatan Adrian	Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N° 1. Riobamba, 2020	Proyecto de investigación	Tutor: Mgs. Cristina Procel Niama Miembros: Mgs. Rocío Tenezaca Sánchez Mgs. Lilian Granizo Lara	Mgs. Mayra Castillo Gonzáles (Delegado del Decano) Miembros: Mgs. Rocío Tenezaca Sánchez Mgs. Lilian Granizo Lara

Atentamente,


Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH

Adj.: Archivo
c.c. Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato: 17-01-2020: Msc. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato: 17-01-2020: Jessica Bonifaz
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla

Anexo 3: Certificado URKUND



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 03 de septiembre de 2020
Oficio N° 103-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2020

MSc. Ramiro Torres Vizuite
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Mgs. Cristina Procel Niama**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 78571435	Llanga Gavilánez Jennyfer Katheryne Villafuerte Morocho Jhonatan Adrian	Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de salud N°1. Riobamba, 2020	6	x	

Atentamente,

PhD. Carlos Gafas González

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

1/1

Anexo 4: Dictámenes de conformidad



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.22

DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Facultad: Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera: Carrera de Psicología Clínica

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Tutor: Cristina Alessandra Procel Niama **Cédula:** 060408866-6

Miembro tribunal: Jenny Rocío Tenezaca Sánchez **Cédula:** 110283417-1

Miembro tribunal: Lilian Verónica Granizo Lara **Cédula:** 060348048-4

2. DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Llanga Gavilánez

Nombres: Jennyfer Katheryne

C.I / Pasaporte: 060548652-1

Título del Proyecto de Investigación: Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N°1. Riobamba, 2020

Dominio Científico: Salud como producto social, orientado al Buen Vivir.

Línea de Investigación: Salud.

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
Título	X	
Resumen	X	
Introducción	X	
Objetivos: general y específicos	X	
Estado del arte relacionado a la temática de investigación	X	
Metodología	X	
Resultados y discusión	X	
Conclusiones y recomendaciones	X	
Referencias bibliográficas	X	
Apéndice y anexos	X	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI(X) / NO() es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: __ sobre 10 puntos.



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.22

Ps. Cl. Cristina Procel Niama. Mgs
TUTOR

Dra. Rocío Tenezaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Mgs. Lillian Granizo
MIEMBROS DEL TRIBUNAL



DICTAMEN DE CONFORMIDAD DEL PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Facultad: Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera: Carrera de Psicología Clínica

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Tutor: Cristina Alessandra Procel Niama **Cédula:** 060408866-6
Miembro tribunal: Jenny Rocío Tenezaca Sánchez **Cédula:** 110283417-1
Miembro tribunal: Lilian Verónica Granizo Lara **Cédula:** 060348048-4

2. DATOS INFORMATIVOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Villafuerte Morocho
Nombres: Jhonatan Adrian
C.I / Pasaporte: 060482143-9
Título del Proyecto de Investigación: Clima social familiar y calidad de vida en pacientes con discapacidad. Centro de Salud N°1. Riobamba, 2020
Dominio Científico: Salud como producto social, orientado al Buen Vivir.
Línea de Investigación: Salud.

3. CONFORMIDAD PROYECTO ESCRITO DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Conformidad Si/No	Observaciones
Título	X	
Resumen	X	
Introducción	X	
Objetivos: general y específicos	X	
Estado del arte relacionado a la temática de investigación	X	
Metodología	X	
Resultados y discusión	X	
Conclusiones y recomendaciones	X	
Referencias bibliográficas	X	
Apéndice y anexos	X	

Fundamentado en las observaciones realizadas y el contenido presentado, SI(X) / NO() es favorable el dictamen del Proyecto escrito de Investigación, obteniendo una calificación de: _10_ sobre 10 puntos.



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.22

Ps. Cl. Cristina Procel Niama, Mgs
TUTOR

Dra. Rocío Tenezaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Mgs. Lilian Granizo
MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Anexo 5: Oficio de autorización para la ejecución del proyecto de investigación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Riobamba, 03 de Febrero del 2020

Srta. Jennyfer Llanga

Sr. Jhonatan Villafuerte

ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

De mi consideración.

Por medio de la presente, se autoriza que los estudiantes de la carrera de psicología clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, realicen el proyecto de investigación, bajo la supervisión de la Ps. Cl. Paola Arroyo.

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


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
EST. 06D01 CHAMBO RIOBAMBA-SALUD
Dra. Michelle Burgos O
MÉDICO RURAL
Reg. Senescyt: 1015-2019-209471

Dra. Paola Burgos.

Administradora Técnica del Centro de Salud No1