

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo
Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bach. Anthuanett Liliana Guevara Dancourt

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

A mis padres por su apoyo incondicional, por permitirme soñar y creer en mí, por compartir mi pasión por el Trabajo Social y por el cambio social que tanto anhelo.

A mi hermana y mi hermano por estar presentes en cada logro, por compartir esa sensibilidad por el prójimo que nos caracteriza y por ser mi guía y ejemplo a seguir.

A mi familia, tías, tíos, primos y en especial a mi pequeña Alyssa, mi sobrina, próxima en llegar al mundo.

Agradecimiento:

*Agradezco a Dios por permitirme estar donde estoy,
por darme fortaleza y salud para cumplir con este
primer objetivo en mi vida profesional.*

*A mis padres, por su amor incondicional y
entendimiento, por ser mi motor de lucha constante,
por nunca dejarme caer y ser parte de todo lo bueno
qué me ocurre en la vida, este gran paso es por
ustedes y para ustedes.*

*A mis queridos catedráticos de cada materia, por las
enseñanzas impartidas y por su paciencia.*

*A los familiares de mis niños pacientes con
discapacidad del Hospital de Rehabilitación del
Callao, por su tiempo, disposición y colaboración
con la información solicitada para la presente
investigación*

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N°003-FPs y TS-2018, me es grato poder presentar mi trabajo de investigación titulado Calidad de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo cual espero que este trabajo de investigación sea adecuadamente evaluado y aprobado.

Atentamente

Anthuanett Liliana Guevara Dancourt

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación.....	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema

1.1.	Descripción de la realidad problemática	16
1.2.	Formulación del problema.....	20
1.2.1.	Problema general	20
1.2.2.	Problemas Específicos	20
1.3.	Objetivos.....	21
1.3.1.	Objetivo general	21
1.3.2.	Objetivos específicos	22
1.4.	Justificación e importancia	23

CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual

2.1.	Antecedentes.....	25
2.1.1.	Antecedentes Internacionales	25
2.1.2.	Antecedentes Nacionales	28
2.2.	Bases Teóricas	32
2.2.1.	Conceptualización de la Calidad de vida familiar	32
2.2.2.	Evolución de la Calidad de vida familiar	33
2.2.3.	Dimensiones de la Calidad de Vida Familiar	35
2.2.4.	La Calidad de vida familiar en personas con discapacidad	40
2.2.5.	Teorías relacionadas a la Calidad de Vida familiar	41
2.2.6.	Importancia de la familia en personas con discapacidad.....	47
2.3.	Definiciones conceptuales	49

CAPITULO III: Metodología de la investigación

3.1.	Tipo de la investigación.....	51
3.3.	Población y muestra.....	52
3.4.	Identificación de la variable y su operacionalización.....	54
3.5.	Técnicas e instrumentos de evaluación	57

CAPÍTULO IV: Presentación, procesamiento y análisis de resultados

4.1.	Presentación de resultados de datos generales.....	59
4.2.	Presentación de resultados de datos específicos.....	63
4.3.	Procesamiento de los resultados	71
4.4.	Discusión de los resultados.....	71
4.5.	Conclusiones.....	74
4.6.	Recomendaciones	75

CAPITULO V: Programa de intervención

5.1.	Denominación del programa	78
5.2.	Justificación	78
5.3.	Objetivos del programa	81
5.3.1.	Objetivo general	81
5.3.2.	Objetivos específicos	81
5.4.	Sector al que se dirige.....	82
5.5.	Metodología de la intervención	82
5.6.	Cronograma	91

Referencias Bibliográficas.....	93
---------------------------------	----

Anexos.....	98
-------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de Operacionalización	56
Tabla 2. Escala de calificación del cuestionario	57
Tabla 3. Baremo de interpretación de la calidad de vida familiar	58
Tabla 4. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el sexo.	59
Tabla 5. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según la edad.	60
Tabla 6. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el grado de discapacidad.	61
Tabla 7. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el tipo de discapacidad.	62
Tabla 8. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.	63
Tabla 9. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar emocional.	64
Tabla 10. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión interacción familiar.	65
Tabla 11. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión salud.	66
	vii

Tabla 12. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar económico.	67
Tabla 13. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad según la dimensión organización y habilidades parentales.	68
Tabla 14. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión acomodación de la familia.	69
Tabla 15. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión inclusión y participación social.	70
Tabla 16. Cronograma de actividades del programa de intervención	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo ecológico de sistema	43
Figura 2. Diseño de la investigación	52
Figura 3. Fórmula para determinar la muestra (MAS)	53
Figura 4. Factor de corrección por finitud	53
Figura 5. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el sexo.	59
Figura 6. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según la edad.	60
Figura 7. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el grado de discapacidad.	61
Figura 8. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el tipo de discapacidad.	62
Figura 9. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.	63
Figura 10. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar emocional.	64
Figura 11. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión interacción familiar.	65
Figura 12. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión salud.	66
Figura 13. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la	

dimensión bienestar económico. 67

Figura 14. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad según la
dimensión organización y habilidades parentales. 68

Figura 15. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la
dimensión acomodación de la familia. 69

Figura 16. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la
dimensión inclusión y participación social. 70

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo determinar el nivel calidad de vida familiar que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018. En cuanto al tipo de investigación es descriptiva, de nivel básico y con un enfoque cuantitativo de acuerdo al manejo de los datos. El diseño del estudio es no experimental, de corte transversal.

El universo estuvo conformado por aproximadamente 130 pacientes que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao y la muestra censal fue de 55 pacientes, la cual se determinó bajo el diseño del Muestreo aleatorio simple (MAS) y para efectos de un mejor manejo del número de datos se aplicó la muestra de corrección por finitud. La técnica empleada para la recopilación de la información fue la encuesta, y el instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de vida familiar.

La conclusión a la que se llegó fue que la calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao es regular en un 51% producto a un conjunto de factores que atraviesan las familias que no favorece en el logro del bienestar general.

Palabras claves: calidad de vida, familia, pacientes, discapacidad, bienestar.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the level of quality of family life presented by patients with disabilities who attend the Social Work Service of the Hospital de Rehabilitación del Callao, Period 2018. The study corresponds to a descriptive, basic and with a quantitative approach according to the handling of the data. The research design is non-experimental, cross-sectional.

The universe consisted of approximately 130 patients who attended the Social Work service of the Rehabilitation Hospital of Callao and the census sample was 55 patients, which was determined under the design of simple random sampling (MAS) and for better effects. Handling of the amount of the data was applied the correction sample by finitude. The technique used to collect the information was the survey and the instrument used was the Family Quality of Life Scale.

The conclusion reached was that the quality of family life of patients with disabilities who go to the Social Work service of the Hospital de Rehabilitación del Callao is 51% regular product to a set of factors that go through families that do not favors in the achievement of general welfare.

Keywords: quality of life, family, patients, disabilities, well-being.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace de una inminente preocupación por las personas con discapacidad y la calidad de vida de sus familias, dado que hoy en día esta población va en aumento y no se evidencian cambios positivos en su situación de vida, ni acciones que sean sostenibles en el tiempo. La familia representa su único medio de socialización donde reciben apoyo y soporte emocional, es preciso señalar que cada núcleo familiar responde a las necesidades de acuerdo a sus posibilidades.

Es por eso que, la calidad de vida de las familias de las personas en situación de discapacidad está despertando un notable interés estos últimos años, las razones suelen ser diversas. Siendo la calidad de vida un concepto central en el ámbito de la discapacidad, se ha visto necesario extender tal concepto también al ámbito familiar.

En ese mismo contexto, se ha evidenciado una creciente valorización y protagonismo del papel de las familias. Aunque siempre se ha reconocido su papel en la atención a las personas con discapacidad, supliendo con esfuerzos personales la ausencia de servicios por parte del Estado. Los cambios constantes en la visión acerca de la discapacidad han dado un giro relevante en torno al papel de las familias.

Las visiones de la discapacidad son, cada vez, más vinculadas al medio social donde se desarrolla, la importancia de los apoyos para la consecución de logros personales y su desarrollo metodológico a través de la planificación centrada en la persona, la importancia por darle la autonomía necesaria a las personas con discapacidad han hecho que las familias

se sitúen en un espacio central el cual les permita obtener respuestas a las situaciones de discapacidad.

Aunque cada vez más la voz de las familias es escuchada y los servicios empiezan a ser sensibles a sus puntos de vista, todavía es escasa su capacidad de influencia en las acciones del Estado, es por eso necesario conocer cuáles son las necesidades y dificultades de las familias, en torno a su calidad de vida familiar bajo las siguientes dimensiones: bienestar emocional, acomodación de la familia , interacción familiar, organización y habilidades parentales, salud, bienestar económico, e inclusión y participación social , esto en razón de que la calidad de vida familiar se puede concebir como el sentido de bienestar general que experimentan los miembros del grupo familiar sobre su situación dentro de un contexto, estableciéndose claramente parámetros en los cuales poder intervenir en busca del bienestar que les hace falta.

Es también relevante mencionar que , a favor de la salud de las personas con discapacidad existen instituciones del estado cómo el Hospital de Rehabilitación del Callao, el cual atiende con calidad y calidez a sus pacientes quienes de manera continua acuden a la institución para recibir rehabilitación física, emocional o mental , estas personas en mención, en su mayoría vienen acompañados de un familiar o cuidador primario, debido al grado de discapacidad que presentan hacen qué necesiten de un apoyo constante para desplazarse y realizar sus actividades con normalidad.

En razón a lo expuesto anteriormente, existe también el servicio de Trabajo Social, el cual brinda orientación, consejería individual, apoyo emocional, soporte familiar y en algunos de casos , exonera de manera parcial a pacientes con diagnostico severo que se

encuentren en situación de pobreza y requieren de una atención prolongada no pudiendo solventar los gastos que las terapias en rehabilitación le demandan, de aquí nace la idea de investigación sobre la calidad de vida familiar, al evidenciar la situación familiar de los pacientes ya mencionados.

Por lo tanto, investigar sobre la calidad de vida de las familias con un miembro con discapacidad, desde la perspectiva del modelo de calidad de vida familiar, permitirá ir más allá del reconocimiento del impacto negativo de la condición de salud sobre las dinámicas familiares, a ubicar en otro lugar a la familia; un lugar dinámico en donde se distingan sus potencialidades y fortalezas para enfrentar las situaciones cotidianas al momento de vincularse en otros contextos de interacción.

Dado el interés que tiene la comprensión de la calidad de vida desde la mirada de las propias familias, esta investigación se propone conocer el nivel de calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao. Esperando de esta manera contribuir con nuestra sociedad, a fin de disminuir las brechas sociales que nos alejan de ser un país inclusivo y con oportunidades para todos.

La tesista

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El interés por la calidad de vida existe desde tiempos inmemorables, siendo este término usado en diversos ámbitos de intervención; cuando hablamos de calidad de vida se hace referencia a "...las condiciones anheladas por un ser humano relacionadas con la vida, la comunidad, el hogar, la salud y el empleo..." (De Pablo-Blanco & Rodríguez, 2010; p. 31), sin embargo, el termino calidad de vida se basa sólo en el bienestar del individuo y no de un conjunto, es a raíz de esto que se empezó a utilizar la expresión calidad de vida familiar para hacer referencia a familias con algún miembro con discapacidad dentro de ellas.

Hablar de calidad de vida familiar constituye un gran avance en nuestro contexto, debido a la importancia del rol que asume la familia ante la presencia de una persona en situación de discapacidad dentro del hogar. Siendo está definida por la OMS (s/f) como un término que engloba las deficiencias, las restricciones de la participación y las limitación en las actividades. Teniendo en consideración que las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o funcionamiento del cuerpo; las restricciones representan dificultades que impiden de alguna forma participar de diversas situaciones vitales, y las limitaciones son impedimentos para ejecutar acciones o tareas.

Es también la discapacidad un fenómeno complejo que demuestra una interrelación entre las características del organismo humano y de la sociedad en la que vive. Siendo la discapacidad un fenómeno complejo en el cual se encuentran inmersos diversos factores, y

aún no se han logrado cerrar las brechas sociales que dificultan el acceso de esta población vulnerable a los servicios de primera necesidad en aras de buscar el bienestar de los mismos, es entonces, la familia la que a través de sus propios canales de apoyo le hace frente a las limitaciones y desigualdades en búsqueda de mejorar su calidad de vida.

La familia para las personas con discapacidad representa en muchos casos su primer y única fuente de socialización, así como también su único apoyo, no cabe duda que cuando en el interior de una familia nace un niño con discapacidad o le es diagnosticada en el transcurso de su ciclo vital este viene a ser un acontecimiento que afecta a cada uno de los miembros y al conjunto, es evidente que la familia no se encuentra preparada para asumir tales cambios ni el Estado se encuentra preparado para brindar el soporte correspondiente, dada esta situación se ven en la necesidad de buscar sus propios medios tanto internos como externos para sobrellevar las circunstancias de la vida..

Según la Organización Mundial de la Salud (s/f) aproximadamente mil millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad; de ellas, casi 200 millones tienen grandes complicaciones en su funcionamiento, motivo por el cual, en los próximos años, la discapacidad será un tema de preocupación mayor, pues su incidencia está aumentando.

En nuestro contexto nacional existen 3'051.612 personas con algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 10.4% de total de habitantes del país, según encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del año 2017, del cual el 48,3% de este grupo tiene dificultad para ver; el 15,1% para movilizarse , caminar ; el 7,6% para oír; el 4,2% para aprender ; el 3,2% evidencia problemas para relacionarse con los demás ; y el 3,1% para comunicarse. Además el 18,2% de las personas presentan dos o más tipos de

discapacidad. En razón al género, el 43% del total de las personas con discapacidad son varones y el 57% restante son mujeres (1'739.111).

Tomando en cuenta las cifras un gran número de personas con discapacidad necesitan de un cuidador o cuidadora qué puede ser la madre, padre, hermanos, hijos, entre otros familiares, para su desarrollo, representado esto una dedicación de muchas horas o de todo el día por parte del familiar, disminuyendo su tiempo de ocio, limitando su salida del hogar para trabajar, dejando a un lado sus metas personales para atender a su familiar con discapacidad, es bajo estas premisas qué se considera que una familia con un miembro con limitación física, mental o sensorial, presentan otras necesidades y características, y debe ser vista desde otra perspectiva.

Cuando hablamos de calidad de vida familiar, nos referimos a “el nivel o grado en el que se sacian las necesidades de una familia, en el que disfrutan momentos y en el que pueden realizar acciones que son significativos para ellos” (Park y cols., 2003; Turnbull, 2003). Esto significa que la calidad de vida basada en la familia, está fuertemente vinculada a la calidad de vida centrada en el individuo y, además, motivado por componentes personales y socioculturales (Schalock & Verdugo, 2002).

Bajo estas premisas actualmente el ámbito de la calidad de vida familiar apuesta por reconsiderar el rol de las familias, para que estas fortalezcan sus vínculos, desarrollen sus potencialidades y capacidades, así como también determinar los factores que la afectan con el fin de diseñar políticas, servicios y apoyos que la optimicen.

El estado peruano a través de sus diferentes políticas viene fomentando el acceso de las personas con discapacidad a los servicios básicos, uno de ellos es la rehabilitación, sin embargo sólo existen dos hospitales en el país especializados que brindan tal servicio, uno de ellos es el Hospital de Rehabilitación del Callao que atiende un total de 49,382 pacientes de los cuales el 70% son procedentes de la Región Callao, el 25,3% provienen de distritos de Lima Metropolitana y de la Región Lima y el 4,7% de otras regiones del país como: La Libertad, Junín, Piura, Ancash, Cajamarca, Ica, San Martín, etc según el Análisis Situacional de Salud (Portal web del Hospital de Rehabilitación del Callao, 2017). Estas personas que acuden a su rehabilitación, en su mayoría vienen acompañados de un familiar el cual de manera permanente e incansable les brindan apoyo, tanto físico como emocional durante su proceso de rehabilitación que puede ser a mediano o largo plazo.

Es también importante reconocer que cuando el grado de cohesión de la familia es fuerte la presencia de la persona con discapacidad no representa un obstáculo para la calidad de vida de la familia, sin embargo cuando existe una inadecuada unión familiar las necesidades básicas en el hogar no son satisfechas, se evidencia poco apoyo familiar para acompañamiento y seguridad del niño, escasa participación social, desinterés por programas sociales en favor de la persona con discapacidad, abandono moral y social, esto se ve evidenciado cuando la madre, padre o familiar, pierde toda esperanza en la recuperación y lo desampara, siendo este último punto una de las decisiones más críticas dentro del seno familiar.

En este sentido el presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del

Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018, para conocer cuál es la realidad de esta población en su contexto familiar y social.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar emocional, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión interacción familiar, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión salud, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar económico, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión organización y habilidades parentales, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión acomodación de la familia, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión inclusión y participación social, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel calidad de vida familiar que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018

1.3.2. Objetivos específicos

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar emocional, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión interacción familiar, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión salud, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar económico, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión organización y habilidades parentales, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión acomodación de la familia, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión inclusión y participación social, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación tiene como fin conocer el nivel de calidad de vida familiar que experimentan las familias de los pacientes con discapacidad que asisten al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, durante el presente periodo, siendo útil para otras instituciones del Estado encargadas de brindar atención integral a personas con discapacidad, a fin de proporcionarles bienestar en los diversos aspectos de su vida.

No podemos ser ajenos a las necesidades de esta población, es por eso que en nuestro país se vienen fomentando diversos programas sociales que sirven de apoyo a las familias con algún miembro con discapacidad, sin embargo, todavía existe una gran brecha que nos separa de ser un Estado inclusivo y en igualdad de derechos.

En este contexto, es importante todo estudio relacionado a los problemas o fenómenos sociales porque contribuye a la búsqueda de una solución y brinda información nueva sobre los cambios en nuestra sociedad, ya que a medida que pasan los años las necesidades a satisfacer son mayores.

Los profesionales y personas en general tienen un compromiso con la sociedad en aras de buscar la mejora y el progreso de los mismos, pero el trabajo social como profesión

tiene el deber primordial de promover el cambio en la sociedad, la resolución de problemas y el fortalecimiento de la autonomía del pueblo para incrementar el bienestar. Es este el motivo por el cual la presente investigación nace con el único fin de beneficiar a las personas con discapacidad que asisten al Hospital. Teniendo como consigna principal que tanto el grupo familiar y la sociedad en general encuentren los medios necesarios para hacer frente a las dificultades que nos rodean, generando el equilibrio social que se requiere en un país con igualdad de derechos.

La presente investigación también se justifica en criterios específicos, tales como:

El aspecto teórico la investigación desarrollada reúne un conjunto de conceptos teóricos, enfoques, modelos e interpretaciones que representan una abundante fuente de investigación a fin de beneficiar y satisfacer las necesidades de conocimiento de las personas interesadas en el tema. Además, el presente estudio contiene nuevos aportes teórico científico que guiara a otros investigadores.

En el aspecto práctico, permitirá tomar acciones importantes para apoyar a las familias de los pacientes con discapacidad que asisten al Hospital de Rehabilitación del Callao, a través del desarrollo de un programa de intervención social con la finalidad de abordar las principales problemáticas que presentan en torno a su calidad de vida familiar. Teniendo en cuenta que este aporte servirá para que otras instituciones del Estado que atienden a esta población pongan en práctica la propuesta trabajada.

El aspecto metodológico, las técnicas e instrumentos empleados, el tipo y diseño de la presente investigación, los procedimientos estadísticos servirán de guía y orientación metodológica para otros investigadores.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- Ortiz, D., Ariza, Y., y Pachajoa, H. (2018), en su investigación titulada *“Calidad de vida de familias de niños y adolescentes con discapacidad asociada a defectos congénitos”* tuvo como propósito determinar la calidad de vida familiar de niños y jóvenes con discapacidad asociada a defectos congénitos que asisten a consultas genéticas en un centro del sur colombiano.

El diseño de esta investigación fue un estudio transversal. La población incluyó a 40 familias de adolescentes y niños, pacientes de la consulta de genética de la Fundación Valle del Lili. La muestra fue captada a participar de forma voluntaria a 55 sujetos de los cuales aceptaron 40.

Se empleó el modelo de calidad de vida familiar propuesta por la universidad de Kansas y la escala de calidad de vida familiar adaptada para Colombia.

La investigación concluye que las familias perciben una calidad de vida familiar satisfactoria, teniendo como mayor reporte el factor de interacción familiar con un (62%).

- Barrera, L (2015), en su estudio titulado *“Calidad de vida familiar en adolescentes de 10 a 18 años con hipoacusia del Instituto Nacional de Audición y Lenguaje en la ciudad de Quito en el periodo de enero a mayo de 2015”*. El objetivo fue, evaluar la calidad vida en familias de adolescentes con discapacidad auditiva en la ciudad de Quito, Ecuador.

Se aplica un diseño de investigación cualitativa, descriptiva. La muestra consta de 45 familiares de alumnos que asisten al curso de lenguaje de señas. El instrumento utilizado fue la escala de calidad de vida familiar, en el contexto español de la Family Quality of life Survey desarrollada por el equipo del Centro Beach de discapacidad de la universidad de Kansas.

La investigación concluye que, con respecto a la dimensión interacción familiar un total de 58.19% de familias consideran que es muy importante y un 35.56% crucialmente importante y en relación al factor salud y seguridad llega a un 40.9% la importancia.

- Arriola, C., & Sotelo, C. (2016), en su investigación titulada *“Influencia de la calidad de vida familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes que acuden al club dulce vida del centro de salud la concordia en el período Julio – Octubre de 2016”*, tuvo como fin determinar la asociación existente entre calidad de vida familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos que concurrieron al club dulce vida del centro de salud la Concordia.

El diseño utilizado en la investigación fue el analítico transversal. La población incluyó 148 pacientes (con diabetes). Se aplicaron cuestionarios, administrados por entrevistas cara a cara, como la escala de calidad de vida familiar desarrollada por Beach Center y el test de Morisky-Green para el cálculo de la adherencia terapéutica.

La investigación concluye que las personas entrevistadas reflejan una buena calidad de vida familiar, ya que la puntuación fue percibida sobre el promedio en más de la mitad de la población estudiada.

- Ossa, C., Navarrete, L., & Jiménez, A. (2014) en su estudio denominado “*Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán*” tuvo como objetivo analizar la relación entre estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de jóvenes de un establecimiento educativo.

La investigación fue no experimental; se fundamentó en un diseño transversal correlacional, la muestra incluyó a 109 familias de estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de estilos parentales y la escala de calidad de vida familiar en español.

Concluyendo que las familias del estudio tienen, en general, una buena calidad de vida familiar y perciben de manera positiva los servicios y recursos que requieren para su buen desarrollo cotidiano, y que se encuentran además satisfechos afectivamente con dichos recursos y servicios.

- Lumani, N. y Córdoba, L. (2014) en su artículo titulado *“Satisfacción con la calidad de vida familiar y con los servicios en familias de niños y adolescentes con discapacidad”* tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida familiar en una muestra de familias con niños y adolescentes con discapacidad de la ciudad de Córdoba, Argentina.

El tipo de investigación fue descriptivo transversal. Participaron 50 familias domiciliadas en la ciudad, se seleccionaron como participantes a las que convivían con una persona con discapacidad y que concurrían a instituciones de salud, educativas, públicas y privadas, de la ciudad.

Se empleó la escala de calidad de vida familiar adaptada a la población Colombiana. Concluyendo que las familias perciben mayor satisfacción con la calidad de vida familiar en aspectos relacionados con la interacción familiar y rol parental; mientras que las puntuaciones medias más bajas se registraron en los factores de apoyo a las personas con discapacidad y en recursos familiares.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- Huamantuma, L. (2017), en su investigación desarrolla el tema sobre el *“Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los CEBES de la ciudad de Arequipa”*. El objetivo de la investigación radica en señalar la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida familiar de los padres de niños con autismo de los Centros de Educación básica Especial de la ciudad de Arequipa, 2017.

Para la recopilación de datos se utilizaron dos cuestionarios debidamente validados (Escala de bienestar psicológico elaborado por José Sánchez y la escala de calidad de vida familiar elaborado por Verdugo, Sainz y Rodríguez) y como técnica la encuesta, tomando como muestra a 42 padres de familia que aceptaron formar parte de la investigación.

Llegando a la conclusión que en torno a los niveles de importancia en los factores más predominantes se obtiene un promedio de 25.6 puntos para interacción familiar, lo cual indica que la consideran muy importante y respecto al bienestar emocional la puntuación promedio ha sido de 15.36 puntos, lo cual demuestra que los padres lo consideran importante presentando así una tendencia óptima a la calidad de vida.

- Sirlupu, M. (2016) en su estudio denominado *“Calidad de vida en padres con hijos con Síndrome de Down del Centro Educativo Básico especial Chimbote 01, 2016”* tuvo como objetivo describir la calidad de vida en padres con hijos con síndrome de Down de un Centro Educativo Básico Especial.

El diseño fue descriptivo simple de corte transversal, de tipo no experimental, la población estuvo conformada por 50 padres que tienen hijos estudiando en el centro educativo de Chimbote. La muestra fue no probabilística. El instrumento que se utilizó fue la escala de calidad de vida Olson y Barnes (1982).

Los resultados registraron que el 38% de la población analizada presenta un nivel de tendencia baja a calidad de vida, en la dimensión bienestar económico presenta 38%

ubicándose en la categoría de mala calidad de vida y en la dimensión salud el 58% se ubica en la categoría de tendencia baja calidad de vida.

- Villano, S. (2016) en su investigación denominada “*Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*”, tiene como finalidad determinar la relación entre la calidad de vida y sobrecarga del cuidador de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular de agosto a diciembre del 2014.

La investigación fue de enfoque cuantitativo porque se hizo uso de la estadística aplicada, permitiendo la descripción y la síntesis de los datos de las variables, la población estuvo conformada por cuidadores primarios de los cuales 115 que asistieron al Institución Nacional de Ciencias Neurológicas, formaron parte de la muestra. Utilizaron el cuestionario de Calidad de vida (SF-36) y Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.

La investigación concluye en relación a la calidad de vida que presenta un resultado alto de 62% y bajo 38% a nivel global y en las dimensiones se encuentran afectadas el rol emocional y función física, puesto que se evidencia un nivel de sobrecarga intensa.

- Pablo, J (2016), en su investigación llamada “*Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional palmeras reales*”, tuvo como objeto de estudio , determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor asistentes a la Casa “Polifuncional Palmas Reales”

El tipo de investigación es descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, el WHOQOL-BREF.

El estudio de investigación concluye respecto a las 4 dimensiones, que en la dimensión salud física, un 64.7% de adultos presentan un nivel medio o regular en razón a su calidad de vida, en cuanto a la salud psicológica un 48% de adultos mayores posee un nivel regular, y en la dimensión medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala.

- Silva, N. (2017), en su estudio denominado “*Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna*”, tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna-Cajamarca 2016.

El estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, en los que se midió su calidad de vida, utilizando el instrumento WHOQOL- BREF.

El estudio concluye que el 68% de adultos mayores poseen una calidad de vida regular, el 18% calidad de vida mala y un 18% gozan de una buena calidad de vida.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Conceptualización de la Calidad de vida familiar

El termino familia es tradicionalmente conocido como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, y que únicamente poseen lazos de consanguinidad o vínculos de relación legal como lo es el matrimonio.

Sin embargo, Poston et al. (2004), reconsideran esta definición y proponen una alternativa más amplia que consiste en incluir a las personas que se apoyan y cuidan entre sí, estén o no relacionadas por consanguinidad o matrimonio.

Entonces, al referirnos a la calidad de vida familiar tomamos una de las definiciones más aceptadas, que la definen como “el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, en el que disfrutan de su tiempo juntos y en el que puedan hacer cosas que son importantes para ellos”. (Park et al., 2003).

Así también, Zuna, Summers, Turnbull, Hu, y Xu (2009), elaboraron una nueva definición que matiza el significado de la siguiente manera: “Calidad de vida familiar es un estado dinámico de satisfacción en la familia, definido de manera colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que se interrelacionan las necesidades a nivel individual y familiar “.

La calidad de vida familiar es un constructo teórico multifacético; es decir no tiene una definición exacta debido a que engloba una serie de condiciones con la finalidad de describir, comprender y determinar la calidad de vida de las familias con el fin último de

valorar y diseñar políticas, servicios y programas de intervención encaminados a su mejora (Brown y Brown, 2004; Summers, Poston, Turnbull, Marquis, Hoffman, Mannan y Wang, 2005).

Brown y Brown (2004) en Giné et al. (2013) sostienen igualmente, que las familias experimentan calidad de vida familiar cuando “luchan y consiguen realizar lo que quieren, están satisfechos con lo conseguido y se encuentran capacitadas para vivir la vida que desean”.

2.2.2. Evolución de la Calidad de vida familiar

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto y la preocupación por el mismo de manera científica y sistémica es relativamente reciente. La idea comienza a tomar más relevancia en la época de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diversos ámbitos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

La expresión calidad de vida tiene sus inicios en las consultas públicas en temas relacionados al deterioro de las condiciones de vida y al medio ambiente. Durante los años 50 y comienzos de los 60, nace un creciente interés por el bienestar humano debido a los efectos de la industrialización de la sociedad, es así que surgió la necesidad de medir dicha realidad con datos objetivos; y con la ayuda de las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de indicadores sociales y estadísticos que permitirán medir datos y hechos relacionados al bienestar social de toda una población. Estos indicadores fueron evolucionando con el tiempo, siendo en una primera instancia referencia de las condiciones objetivas, de tipo

económico y social, para que en una segunda instancia contemplen también elementos subjetivos. (Arostegui, 1998).

A partir de la década de los 80, el concepto empezó a usarse en el entorno de las personas con discapacidad intelectual , tomando como punto de partida al retraso mental y otras deficiencias relacionadas , dado que permitía obtener una nueva visión sobre las condiciones de vida de esta población con el fin de generar cambios positivos en los mismos. A raíz de los estudios la satisfacción con la vida estuvo muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre diversas opciones, dando paso a las oportunidades para las personas con discapacidad a expresar sus deseos, metas, aspiraciones, gustos, así como también a tener una mayor participación en las decisiones que les afecta. Por ello el concepto ha sido y es una guía para la intervención con esta población.

A lo largo de los 90, el interés por la conceptualización y evaluación del término empezó a tomar un carácter metodológico. Generando algunos debates e inquietudes , las cuales fueron superadas; dado es así, que en el siglo XXI, el concepto de calidad de vida se presenta como aquella definición que no solo tomara en cuenta las intenciones de individuos que gozan de mayores posibilidades de elección y decisión y logran obtener una vida de mayor calidad , sino también tendrá injerencia en los servicios humanos en general , los cuales tendrán que adoptar nuevas técnicas de mejora de sus procedimientos, y se verán en la necesidad de contar con un grupo de evaluadores que analizará los resultados desde nuevos criterios basados en la excelencia en aras de mejorar su condición de vida.

En virtud a lo expuesto anteriormente, tiempo después de focalizar todos los esfuerzos en definir y concretar los aspectos concernientes a la calidad de vida de las

personas con discapacidad, fue surgiendo, de igual manera, un gran interés por la calidad de vida de las familias. Este nuevo constructo de CdVF irrumpe con fuerza aproximadamente en el año 2000, sustentado en los avances e investigaciones realizadas descritas en líneas anteriores.

El paulatino reconocimiento de la unión que existe entre esta calidad de vida individual y el entorno (especialmente la familia), y la convicción de que el desarrollo individual se ve favorecido por un sano entorno familiar (Giné, 2012), da luz a un nuevo planteamiento que se preocupa por conocer e investigar sobre el impacto que tiene en la familia contar con un miembro con discapacidad, tal y como se venía considerando en la década de los 90.

El enfoque de CdVF supera la visión patológica de la familia y adopta una percepción integral y sistémica de ésta, reconociendo los puntos fuertes que poseen como grupo y apostando por su capacitación funcional (Córdoba, Gómez & Verdugo, 2008).

2.2.3. Dimensiones de la Calidad de Vida Familiar

a) Dimensiones de calidad de vida familiar según Verdugo, Rodríguez y Sainz, (2012)

El modelo propuesto es una adaptación al español del Beach Center on Disability de la Universidad de Kansas (EEUU) e identifica 5 dimensiones centrales de la calidad de vida familiar que son:

- **Interacción familiar:** alude a aspectos tales como el disfrute en familia, la confianza, apoyo y cuidado entre sus miembros, para poder determinar si las relaciones familiares son de calidad.
- **Papel de los padres:** capacidad para favorecer el desarrollo de su hijo con discapacidad, no centrándose únicamente en facilitar los apoyos que éste necesita, sino promoviendo, en última instancia, su desarrollo integral como persona.
- **Bienestar emocional:** se basa en relación a los apoyos emocionales necesarios para hacer frente a ciertas situaciones complicadas que se presentan. Estos apoyos pueden entenderse en términos de amistades, apoyo externo en general, o tiempo para la desconexión de cada uno de los componentes de la familia.
- **Bienestar físico y material:** en el caso del bienestar físico se alude a todos aquellos aspectos relacionados con la salud física y la atención médica que requieran, así como a la seguridad de los familiares en los diferentes contextos en los que se desarrollan. Por su lado, el bienestar material sugiere constatar si la familia es solvente para hacer frente a todos los gastos.
- **Apoyos para la persona con discapacidad:** en relación a todos aquellos que se presentan como imprescindibles para que la persona pueda progresar en los diferentes ambientes en los que se encuentra. Se contempla, también, si las relaciones con los diferentes servicios con los que interactúan son adecuadas.

b) Dimensiones de la Calidad de Vida Familiar propuesta por Sainz y Verdugo (2007)

En este apartado la escala identifica nueve dimensiones de CdVF, como son las siguientes:

- **Salud:** hace alusión tanto a la salud física como psíquica, puesto que no se hace ningún tipo de especificación en los indicadores de la escala.
- **Bienestar económico:** hace referencia a la solvencia económica que como familia puedan obtener y les permita hacer frente a sus necesidades.
- **Relaciones familiares:** se refiere al clima general que se aprecia en la familia, al grado de confianza, apoyo y disfrute de los miembros; y por otro, a las responsabilidades que cada uno de ellos asume dentro de los quehaceres cotidianos.
- **Apoyo de los otros:** valorado en virtud de apoyos prácticos (tales como cuidado o ayuda en el hogar, entre otros) o emocionales. Cabe destacar que en esta dimensión no se contemplan todo aquel apoyo procedente de los distintos servicios con los que se relaciona la familia.
- **Apoyo de servicios relacionados con la discapacidad:** tales como los servicios sanitarios, servicios sociales, vivienda etc.

- **Creencias culturales y espirituales:** proporcionan un apoyo sustancial a éstas, impactando directamente en sus vidas y en la forma de hacer frente a la presencia de la discapacidad en la familia.
- **Profesiones y preparación para la profesión:** hace referencia a la posibilidad que tienen los familiares y el miembro con discapacidad para ejercer una profesión.
- **Ocio y tiempo libre:** del que dispone la familia, tanto de disfrute conjunto como de forma independiente cada uno de los integrantes de la familia.
- **Implicación comunitaria y cívica:** entendida en función de las posibilidades con las que la familia cuenta para participar en la comunidad y en los diferentes contextos en los que se desarrolla.

c) *Dimensiones de Calidad de Vida Familiar para menores de 18 años propuesta por Giné et al. (2013)*

En este caso, C. Giné y los demás miembros del equipo plantean siete dimensiones de calidad de vida familiar:

- **Bienestar emocional:** hace referencia al impacto emocional que genera la discapacidad en el núcleo familiar, pretende entender cómo se distinguen las familias teniendo en cuenta sus sentimientos, inquietudes o preocupaciones y cómo le hacen frente a las situaciones críticas, derivadas del cuidado y convivencia de la persona con discapacidad.

- **Interacción familiar:** alude al nivel de relación entre los integrantes del grupo familiar en referencia al respeto, apoyo, confianza, unidad, etc y hasta qué punto la presencia del familiar con discapacidad condiciona esta relación.
- **Salud:** explora sobre la situación de salud física y mental de los miembros de la familia cómo efecto de la convivencia con la discapacidad.
- **Bienestar económico:** explora el grado de conciliación de las familias en torno a los recursos económicos y materiales que necesitan así como también de los que disponen para la atención del familiar con discapacidad , que les permita satisfacer las necesidades básicas, la seguridad , la adaptación y la confortabilidad de los mismos.
- **Organización y habilidades parentales:** tiene que ver con las responsabilidades y funciones de los padres, hermanos o cualquier otro familiar qué se encargue del cuidado, atención, educación de los hijo/as, sin embargo esto no implica que aquellos que cumplan dicha función dejen de lado sus proyectos de vida personales.
- **Acomodación de la familia:** se centra en aspectos vinculados a la aceptación y adaptación de la familia a la persona con discapacidad; incluye valores y las modificaciones que llevan a cabo todo el grupo familiar dirigidos a resolver los temas emocionales o practicas asociadas a su día a día.

- **Inclusión y participación:** se refiere sobre las relaciones sociales que tiene la familia y el familiar con discapacidad; engloba las oportunidades que poseen de participar en instituciones y actividades con otros individuos de la comunidad, así como también hace referencia al grado en que participan y la satisfacción que obtienen.

2.2.4. La Calidad de vida familiar en personas con discapacidad

Las familias han ido ocupando diferentes posturas a lo largo del tiempo. Los profundos cambios que han experimentado la comprensión y las prácticas sociales sobre la discapacidad, han acompañado, de forma paralela, a un incremento de la valoración de las familias como eje central para el desarrollo y la calidad de vida.

En vista del evidente avance de las personas en situación de discapacidad, estas son reconocidas como sujetos de derechos con capacidad de comunicarse a todo nivel, lo que ha contribuido a empoderar a las familias y a acentuar una mayor participación en el entorno social en el que se desenvuelven.

La calidad de vida en el contexto familiar se puede comprender desde el impacto que causa la discapacidad en la calidad de vida de la familia o desde el impacto de la discapacidad en el individuo y el rol que desempeñan dentro de la familia. En la primera premisa, se tiende a examinar las transformaciones que ocurren en el núcleo familiar y generar servicios de ayuda a la familia en las diferentes fases del desarrollo de la persona con discapacidad, siendo el objeto de intervención la familia. En la segunda premisa, el usuario de los servicios

es la persona con discapacidad y el rol de la familia es netamente de apoyo y colaboración junto con los profesionales.

Fernández et.al (2014) sostienen que el estudio de “la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad ha despertado un notable interés desde la década de 2000, existiendo en la actualidad un cuerpo de conocimiento teórico y una práctica bastante consolidada en este tema.”

Sin embargo, las familias aportan una gran dosis de fuerza, flexibilidad y creatividad en los procesos de adaptación y colaboración. “La definición sobre calidad de vida nos da un referencia y guía desde la perspectiva familiar, siendo este primordial para mejorar el bienestar individual y colaborar con el cambio a nivel social de las personas teniendo un lenguaje común y un ámbito de referencia sistemático, que dirija nuestros esfuerzos actuales y futuros” (Schalock y Verdugo, 2002/2003, p. 180).

2.2.5. Teorías relacionadas a la Calidad de Vida familiar

a) Teoría de los sistemas ecológicos según Bronfenbrenner

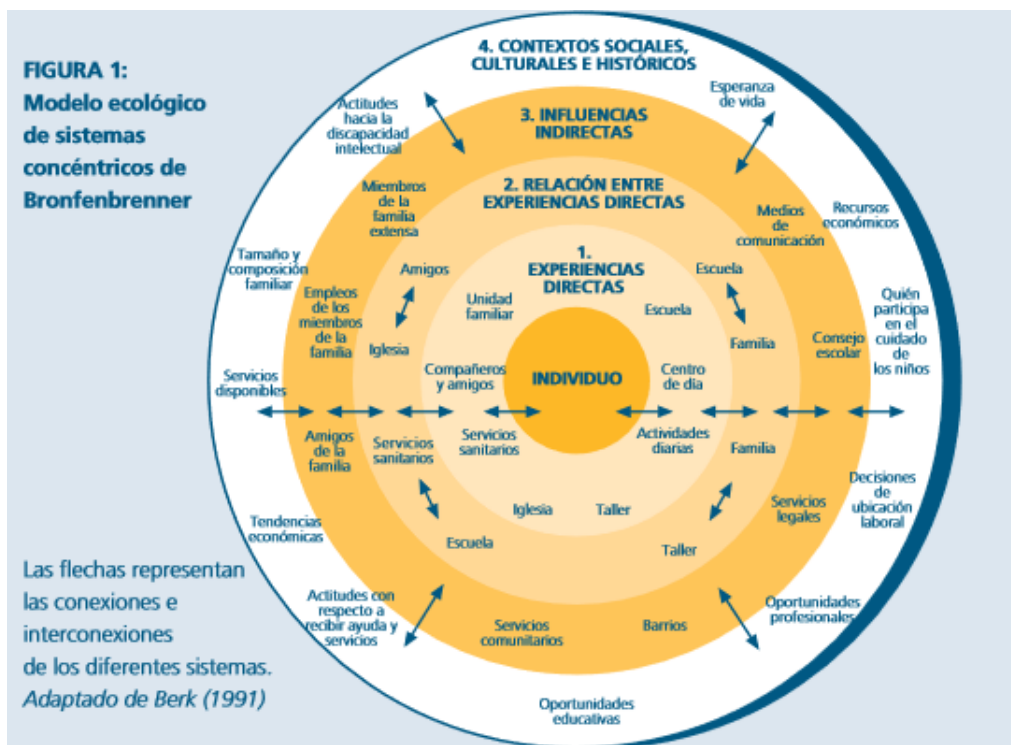
Esta teoría tiene la necesidad de entender a las personas desde el punto de vista cotidiano, así como en las diversas situaciones que afrontan cada día en su hogar, escuela, barrios y comunidades. Bronfenbrenner habla del desarrollo como una relación entre el individuo y una serie de sistemas centrados del entorno incluidos unos dentro de otros, donde cada uno abarca más que la anterior.

Estos sistemas también varían a lo largo de la vida, indicando la cantidad de influencia directa e indirecta que tienen sobre un individuo y su vida familiar.

Bronfenbrenner, divide a los sistemas en cuatro niveles, donde uno contiene a otro, siendo estos:

- 1) **Microsistema:** Representa el primer contacto con los individuos. Siendo estos representados por la familia, colegio, nido, etc. Es la relación más evidente y se asume un rol determinado.
- 2) **Mesosistema:** Comprende las relaciones entre los grupos del primer ámbito, por ejemplo, la relación de los padres con los profesores del colegio tiene repercusión en los hijos.
- 3) **Exosistema:** Este tercer nivel trata de elementos que afectan en la vida de manera indirecta, como puede ser el caso del lugar de trabajo de los padres y el bienestar que este le dé, dependiendo de eso afectara o beneficiará a los hijos.
- 4) **Macrosistema:** Formado por un conjunto de elementos de la cultura de la persona dando pase a que ejerza una influencia sobre todos los demás sistemas de desarrollo.

En la siguiente figura se muestra el modelo de Bronfenbrenner, adaptado por Berk (1991) y expuesto por Leal (2008).



El apartado interno es el que ejerce mayor influencia en el desarrollo del individuo, dado que incluye los lugares en donde tiene experiencias directas como lo son: el hogar familiar, el centro educativo, las actividades diarias, entre otros.

La segunda capa representa las posibles relaciones entre los elementos de la primera capa, cómo por ejemplo el progreso en la escritura del estudiante en la escuela y la medida en que esa persona es motivada en casa.

El tercer punto incluye lugares que no necesariamente implican una participación activa del individuo, pero que pueden tener influencia indirecta sobre su desarrollo. Cómo es el caso de los medios de comunicación o de los familiares lejanos, qué de manera indirecta pueden llegar a incidir en las experiencias cotidianas o desarrollo del individuo.

La última capa engloba todos los sistemas previos y representa contextos sociales, culturales e históricos más amplios en el que se desenvuelven las familias. Cómo por ejemplo el relato de una hermana de un niño con discapacidad llegando a casa indicando qué el profesor le dijo que no vuelva a traer a su hermano porque “no rendía académicamente”. Este ejemplo pone de manifiesto que muchas veces las aptitudes y los derechos educativos de las personas con discapacidad no son respetados y de manera indirecta afecta en su desarrollo integral.

b) Teoría de los sistemas familiares según Leal (2008)

Esta teoría concibe a cada familia como un sistema social complejo con sus propias y únicas características y necesidades. Pese a que cada miembro de la familia tiene sus propias individualidades, estos sujetos se juntan para formar una unidad familiar cuya globalidad es mayor que a la totalidad de sus partes. Las familias a lo largo de su convivencia se desarrollan como un sistema y tiene una historia compartida, en donde se transmiten valores, tradiciones, objetivos y creencias.

La familia es también percibida a modo de una red relaciones recíprocas. Esta teoría se centra en como las experiencias de cualquiera de los miembros de grupo familiar afectan al resto, si bien la familia es vista como una unidad, también se dan subsistemas dentro de esta unidad que incluyen a todos los miembros.

La teoría reconoce que las familias son consideradas dentro de un contexto social y ambiental más amplio, en el caso de las personas con discapacidad la familia tiene que plantear objetivos para su familiar, siendo estos influenciados por las

características de la sociedad actual en relación a las capacidades y derechos de los mismos.

La familia es también concebida como una red de relaciones reciprocas. La teoría de los sistemas familiares se basa en como las experiencias de los miembros de la familia afectan al resto, aunque la familia es considerada una unidad, también se dan subsistemas dentro de esta unidad que incluyen a todos los integrantes.

La perspectiva de los sistemas familiares tiene en cuenta que las unidades familiares pueden coincidir en parte con otras unidades familiares del pasado, presente y futuro; contempla cuatro conceptos básicos:

- Los individuos de una familia se unen entre sí para formar un solo conjunto el cual es mayor que la suma de sus partes.
- Los cambios de cualquier miembro de la familia influye en los otros miembros.
- La familia forma parte de una red relaciones reciprocas
- Cada familia es un nuevo mundo por conocer, tienen un pasado, presente y un futuro.

c) Teoría estructural del funcionamiento familiar según Minuchin

Esta teoría tiene como principal exponente a Minuchin (2003) quien define la familia como “el conjunto inseparable de funciones que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p. 86).

Señala además, que la familia está integrada por varios holones o subsistemas. El holon es definido como un todo y una parte al mismo tiempo, por lo tanto se considera a la familia como un todo (sistema familiar) y a la vez forma parte de otro sistema mayor como lo sería una familia extensa, por ejemplo.

Los subsistemas o holones; al interior del sistema son: individual, en referencia a cada miembro, conyugal, el de las parejas, parental, y el fraterno (hermanos). Asimismo, Minuchin nos habla también que dentro de una estructura familiar se pueden identificar los límites, que son conformados por reglas las cuales definen cual es la participación del individuo dentro de la familia.

En referencia a la estructura familiar esta debe ser relativamente estable con la finalidad de mantener a la familia en sus tareas y funciones y protegida de las fuerzas externas que la puedan afectar y para brindarle un sentido de pertenencia a los miembros; sin embargo esta también debe ser flexible para que puedan acomodarse a los diversos cambios de la vida y afrontar las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia.

Minuchin (2003), manifiesta que la estructura familiar tiende a ajustarse cuando hay cambios internos y externos que contribuye a su evolución, a que asuma nuevos retos sin perder la identidad que proporciona seguridad y un marco de referencia a la familia. No obstante, cuando hay cambios, suelen resistirse debido a que se encuentran acostumbrados a ciertas pautas con las que han convivido durante mucho tiempo.

Cuando se evidencian situaciones de desequilibrio como sucede en las familias monoparentales, y uno de los miembros no cumple con sus obligaciones ni responsabilidades aparecen exigencias de lealtad y tácticas para originar sentimientos de culpabilidad, sin embargo la familia como sistema establece su diferenciación y sus funciones a través de sus subsistemas. Estos se constituyen por generación, sexo, interés o función. Cada persona de la familia integra diferentes subsistemas en donde poseen distintos grados de poder y donde aprenden diversas habilidades. En estos subsistemas se aprende a ser persona, distinguirse entre los demás y a desarrollar habilidades interpersonales.

El modelo estructural enfatiza en el estudio del individuo en su contexto social, en donde es posible observar constantemente su interaccionar de él con su medio; y a su vez de la influencia que ejerce uno en el otro; por ello la conducta del individuo en su contexto familiar cambia en la medida que este también lo hace; por lo tanto, los síntomas que manifieste algún miembro de la familia, deben ser entendidos no de manera individual sino en conjunto, cómo un todo.

2.2.6. Importancia de la familia en personas con discapacidad

La familia es la primera escuela de socialización por excelencia, así como también es el primer núcleo de desarrollo, es ese entorno en el que evolucionamos y nos desarrollamos en los diferentes aspectos de la vida, tanto en el plano afectivo, emocional, cognitivo e intelectual.

Esta acción socializadora se mantendrá durante un tiempo considerable y será complementada con otros elementos socializadores (Soto, 2009). Es como un sistema

integrado donde cualquier cambio que se produzca afectará a todos y a cada uno de sus miembros. Unos de estos cambios o desadaptaciones pueden evidenciarse con la llegada de un hijo/a con discapacidad, puesto que sus necesidades tendrán que ser atendidas de una manera específica. Este nuevo cambio supone una reestructuración familiar y una adecuada adaptación que atienda a las necesidades educativas especiales del nuevo miembro, lo cual no es tarea fácil. Se busca que el periodo de adaptación sea el más corto posible con la finalidad que la familia dirija sus esfuerzos a la educación de su hijo/a durante los primeros años de su vida (Soto, 2009).

Las personas en su mayoría crecen en el calor de una familia o comunidad, en donde se adquieren pautas básicas de comportamiento y socialización, así como también aprenden a solucionar conflictos, a compartir y a interiorizar valores y creencias que determinarán lo que serán en el futuro.

Es sabido que las familias desempeñan un papel crucial en el desarrollo integral de los individuos, y lo es aún más si estos tienen alguna discapacidad. La disposición de los hermanos, padres, abuelos y de todo el sistema social en el que se desenvuelve la familia, será clave para que la persona con discapacidad adquiera la máxima autonomía y logre desarrollarse.

Es innegable que el nacimiento de un hijo con discapacidad no cause impacto sobre la familia, dado que provoca un choque emocional y genera miedo e incertidumbre por ende puede bloquear el accionar de los padres y de los demás miembros de la unidad. No obstante al conseguir la estabilidad, busquen el apoyo necesario para hacerle frente a los cambios y aprenderán a convivir con la discapacidad y a integrarla en su día a día.

2.3. Definiciones conceptuales

- **Apoyo:** es aquel que refiere a la protección, auxilio o favor que un individuo, empresa, organismo u organización brinda a otro u otros en determinada situación de carencia.
- **Bienestar:** hace referencia a un estado de comodidad y buena salud física y mental, lo que proporciona satisfacción y tranquilidad. También alude a un conjunto de cosas necesarias para vivir bien, con holgura y provistos de bienes indispensables para una vida digna.
- **Calidad de vida familiar:** es entendida como el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, es una terminología relativamente nueva usada en el contexto de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en aras de apoyar en la creación de políticas públicas a favor de esta población.
- **Discapacidad:** representa una limitación que dificulta o limita el desarrollo normal de las actividades de una persona, estas limitaciones pueden ser físicas, mentales, intelectuales o sensorial, y afectan a mediano o largo plazo, dificultando la participación activa en la sociedad.
- **Familia:** es el nexo por consanguineidad o afinidad que hacen que las personas compartan proyectos en común y generen un gran sentido de pertenencia a dicho grupo, es también la primera fuente de socialización en donde se forjan los valores y se establecen relaciones de intimidad, afectividad y reciprocidad.

- **Inclusión:** hace mención a la concepción de integrar a todas las personas a la sociedad, con igualdad de derechos y sin distinción alguna, con el objetivo de que puedan participar plenamente en las decisiones cómo país.
- **Necesidad:** sensación de carencia o escasez que experimentan los seres humanos con el deseo de obtener alguna satisfacción.
- **Políticas públicas:** son proyectos o acciones que un estado diseña para darle respuesta a las necesidades de la población, puestos en marcha a través de un gobierno y una administración pública donde también participa la ciudadanía en la definición de sus problemas y soluciones.
- **Satisfactores:** representa todo bien de consumo adquirido para satisfacer las necesidades del ser humano.
- **Sistema familiar:** es una unidad compleja organizada en donde existen reglas y lo que le ocurre a algún miembro de inmediato tiene repercusión en los demás.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de la investigación

La presente investigación es de tipo básica simple porque tiene como propósito recoger información de la realidad y generalizar los resultados. La investigación básica o pura tiene como finalidad profundizar y ampliar el conocimiento de la realidad para contribuir en generar nuevos saberes.

Es además descriptiva, porque “busca especificar propiedades y características relevantes de cualquier fenómeno que se analice. Especifica tendencias de un grupo o población”. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

La investigación según el enfoque o naturaleza de los datos es de tipo cuantitativa porque utiliza valores cuantificables y supone el empleo de procedimientos estadísticos para el procesamiento de la información, haciendo uso de la estadística descriptiva. Según Hernández et al. (2014) el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para comprobar hipótesis basadas en el cálculo numérico y el análisis estadístico, con el fin establecer patrones de comportamiento y acreditar teorías.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental y según la temporalización, es transversal o transaccional porque la recolección de datos se da en un solo momento y en un tiempo único.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), definen a la investigación no experimental como el análisis que se realiza sin la manipulación de las variables, donde sólo se observan los acontecimientos en su ambiente natural.



Figura 2. Diseño de la investigación

Dónde:

O = Observación de la muestra

G = Grupo de estudio o muestra (pacientes con discapacidad)

3.3. Población y muestra

- **Población**

La población de estudio está comprendida por aproximadamente 130 pacientes que asisten diariamente al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.

- **Muestra**

La muestra está constituida por 55 pacientes con discapacidad que asisten al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao. La cual se determinó bajo el diseño del Muestreo aleatorio simple (MAS) y para efectos de un mejor manejo de la cantidad de los datos se aplicó la muestra de corrección por finitud.

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Figura 3. Fórmula para determinar la muestra (MAS)

$$n = \frac{130 (0,5)^2 (1,96)^2}{(950-1) (0,05)^2 + (0,5)^2 (1,96)^2}$$

$$n = \frac{130 (0,25) (3,84)}{129 (0,0025) + (0,25) (3,84)}$$

$$n = 97$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza. Teniendo como constante 1,96, debido a que el nivel de confianza es 95%.

e = Margen de error absoluto aplicado al (0,05).

σ = Desviación estándar poblacional, el cual se considera 0,5

$$fh = \frac{n}{N}$$

Figura 4: Factor de corrección por finitud

$$fh = \frac{97}{130} = 0.75$$

$$na = \frac{n}{1+fh} = \frac{97}{1.75} = 55$$

Donde:

fh: factor corrección por finitud

n: tamaño de la muestra inicial

N: tamaño del universo (N = 140)

na: tamaño corregido o ajustado de la muestra

Criterios de inclusión de los participantes:

- Familiares de pacientes que asisten al servicio de Trabajo Social
- Familiares de pacientes con discapacidad menores de 18 años
- Familiares de ambos sexos

Criterios de exclusión de los participantes:

- Familiares de pacientes con discapacidad que no desean participar en el estudio.
- Familiares de pacientes que no tienen un diagnostico definido

3.4. Identificación de la variable y su operacionalización

La variable de estudio es el nivel de calidad de vida familiar, los factores sociodemográficos para caracterizar la muestra de la persona que contesta la escala son: relación con la persona con discapacidad, la edad, sexo, estado civil, nivel educativo; en

referencia al familiar con discapacidad son: edad, sexo, grado de discapacidad y tipo de discapacidad.

La calidad de vida familiar se mide bajo el análisis de las siguientes dimensiones: interacción familiar, bienestar económico, salud, organización y habilidades parentales, acomodación de la familia, bienestar emocional, e inclusión y participación social.

Tabla 1. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INDICE	INSTRUMENTO
CALIDAD DE VIDA FAMILIAR	(Park y cols.,2003; Turnbull, 2003) definen a la de calidad de vida familiar, como “el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, en el que disfrutan de tiempo juntos y el nivel en que pueden hacer cosas que son importantes para ellos”	Giné et al. (2013) la calidad de vida familiar es un concepto multidimensional, dada su complejidad, es visto cómo un conjunto de variables que permiten determinar la situación de vida de las familias.	Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción personal y familiar Estabilidad emocional Experiencias y sentimientos 	6,7,11,14,18,28,49,55	Nunca se da = 1 Raramente se da = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Siempre = 5 No es mi caso = 0	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR (CdVF-E)
			Interacción familiar	<ul style="list-style-type: none"> Soporte familiar Situación familiar Trato que percibe de otros 	1,12,15,19,23,29,32,37,40,44,50,56,59		
			Salud	<ul style="list-style-type: none"> Autonomía de la persona con DC Acceso a la salud Salud de los miembros de la familia 	2,13,24,33,45,51,57		
			Bienestar económico	<ul style="list-style-type: none"> Estatus económico Condiciones físicas y ambientales 	3,8,16,20,25,30,34,38,41,46,52		
			Organización y habilidades parentales	<ul style="list-style-type: none"> Organización de las tareas del hogar Toma de decisiones Estabilidad familiar 	9,21,26,35,39,47,53,60		
			Acomodación de la familia	<ul style="list-style-type: none"> Respeto y aceptación familiar Adaptación familiar Nivel de dependencia 	4,17,22,31,42,54,61		
			Inclusión y participación social	<ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a asociaciones u organizaciones. Participación en la sociedad. 	5,10,27,36,43,48,58		

3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento utilizado fue la Escala de calidad de vida familiar que sirvió para medir el nivel de calidad de vida familiar del (padre, madre o hermano/a) del paciente con discapacidad, el cual consta de 61 ítems que se miden con una escala de Likert. A continuación, pasamos a detallar el instrumento aplicado:

FICHA TECNICA: Escala de calidad de vida familiar

- **Autoría:** Consorcio de universidades de España (2013)
- **Forma de aplicación:** individual
- **Ámbito de aplicación:** para familiares de pacientes con discapacidad del Hospital de Rehabilitación del Callao
- **Duración:** 25- 30 minutos (aproximadamente)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 61 ítems que son de tipo cerrado y de opción de respuesta variada. El cual permite conocer el nivel de la calidad de vida familiar a través de la evaluación de 7 dimensiones.
- **Calificación:** Las respuestas se califican en escala de Likert, que van desde los valores 1 al 5, más una opción de “no es mi caso” para aquellas situaciones que no se ajustan a la realidad de la familia, detallados a continuación.

Tabla 2. Escala de calificación del cuestionario

Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

- **Baremo:** La baremación sirve para efectos de interpretación de los resultados de la variable de investigación, está ordenado por rangos y contempla todos los valores desde el mínimo hasta el máximo que se puede obtener como puntaje de evaluación de las dimensiones y del cuestionario en general.

Tabla 3. Baremo de interpretación de la calidad de vida familiar

Categorías	I-V	II	III – VI- VII	IV	Total
Muy mala	0 – 14	0 – 23	0 – 12	0- 19	0 – 112
Mala	15 – 21	24 – 34	13 – 18	20 – 28	113 – 164
Regular	22 – 28	35 – 45	19 – 24	29 – 37	165 – 216
Buena	29 – 34	46 – 55	25 – 30	38 – 46	217 – 265
Muy buena	35 – 40	56 – 65	31 – 35	47 – 55	266 – 305

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados de datos generales

Tabla 4. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	34	62
Femenino	21	38
Total	55	100

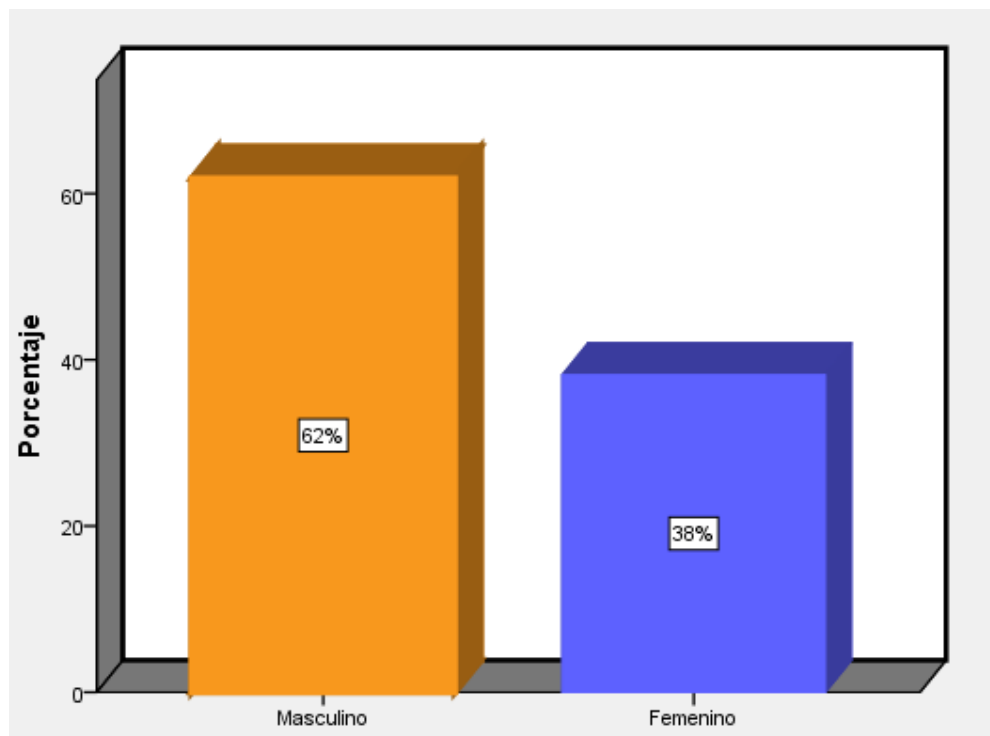


Figura 5. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el sexo.

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determinan que el mayor porcentaje de pacientes con discapacidad que participan en el estudio son del sexo masculino igual al 62% y el 38% son del sexo femenino.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1-4	19	35
5-9	24	44
10-14	9	16
15-19	3	5
Total	55	100

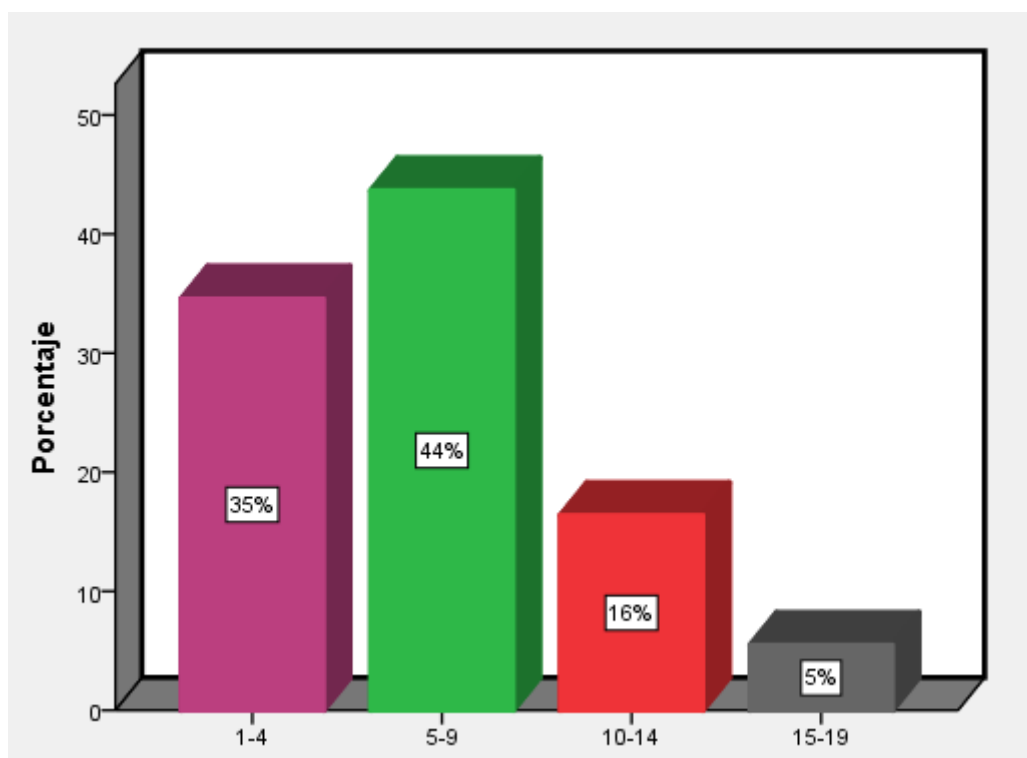


Figura 6. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao según la edad.

Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que la mayor proporción de pacientes con discapacidad igual a 44% tienen entre 5 a 9 años y en menor proporción igual a 5% donde se encuentran comprendidas las edades de 15 a 19 años.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad qué acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao según el grado de discapacidad.

Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	21	38
Moderado	23	42
Severo	10	18
Desconocido	1	2
Total	55	100

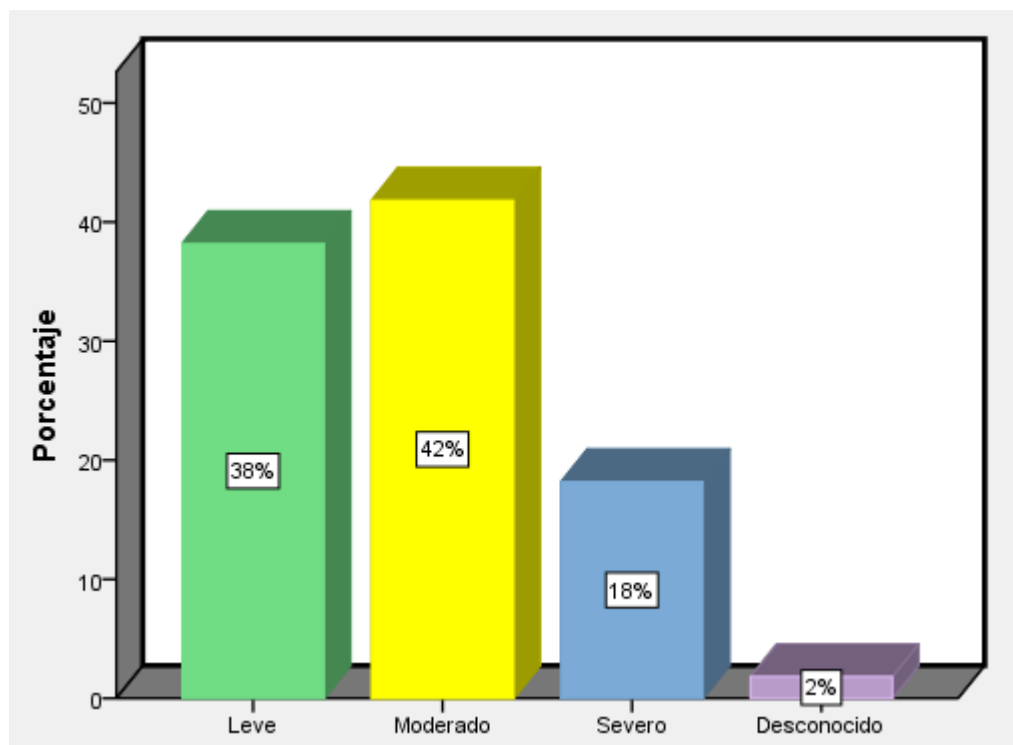


Figura 7. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el grado de discapacidad.

Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que el 42% de pacientes presenta un grado de discapacidad moderado, mientras que el 38% leve, un 18% moderado y un 2% desconoce el mismo.

Tabla 7. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el tipo de discapacidad.

Tipo de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad intelectual	27	49
Discapacidad física o motora	28	51
Total	55	100

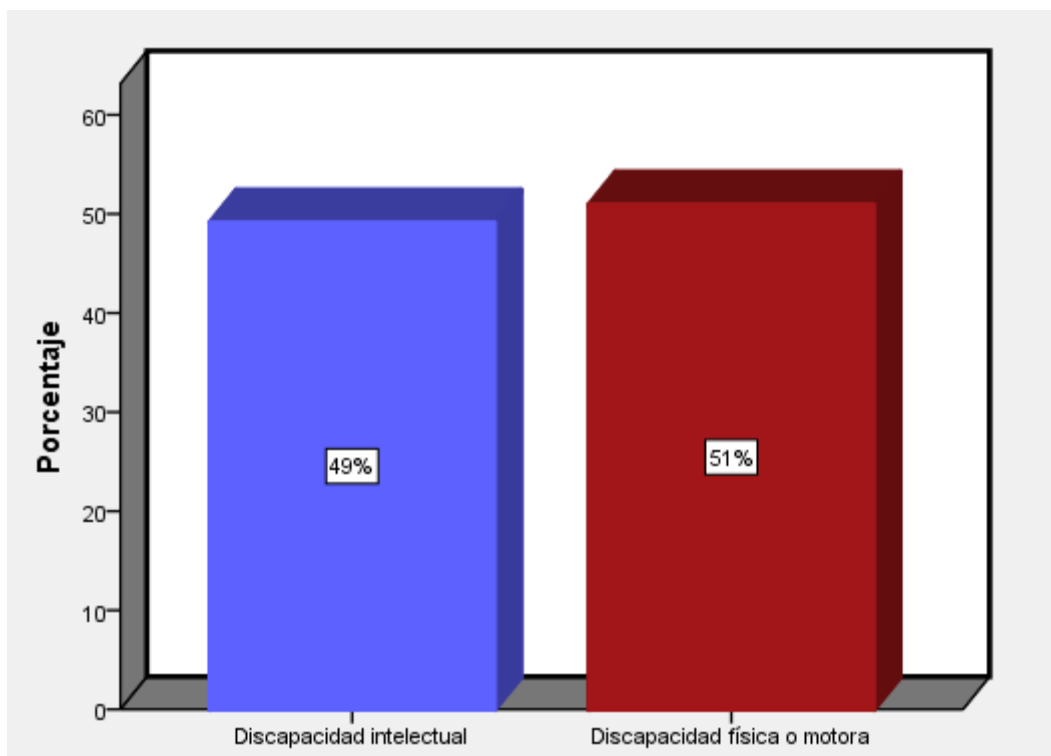


Figura 8. Datos sociodemográficos de pacientes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, según el tipo de discapacidad.

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determinan que la mayor proporción de pacientes con discapacidad igual a 51% presentan una discapacidad física o motora y en menor proporción igual al 49% una discapacidad intelectual.

4.2. Presentación de resultados de datos específicos

Tabla 8. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	2	4
Mala	14	25
Regular	28	51
Buena	11	20
Total	55	100

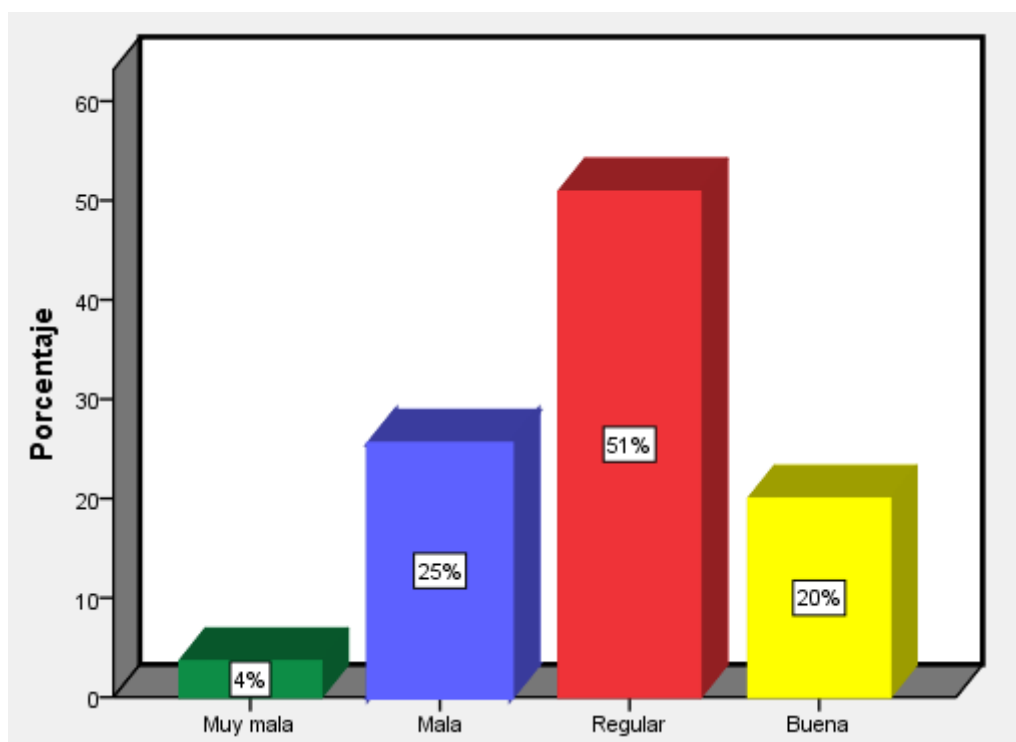


Figura 9. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.

Interpretación: En relación a los resultados obtenidos se determina que el nivel de calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad es regular en un 51%, en un 25% es mala, en un 20% resulta ser buena y en un 4% es muy mala.

Tabla 9. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar emocional.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mala	2	4
Regular	18	33
Buena	26	47
Muy buena	9	16
Total	55	100

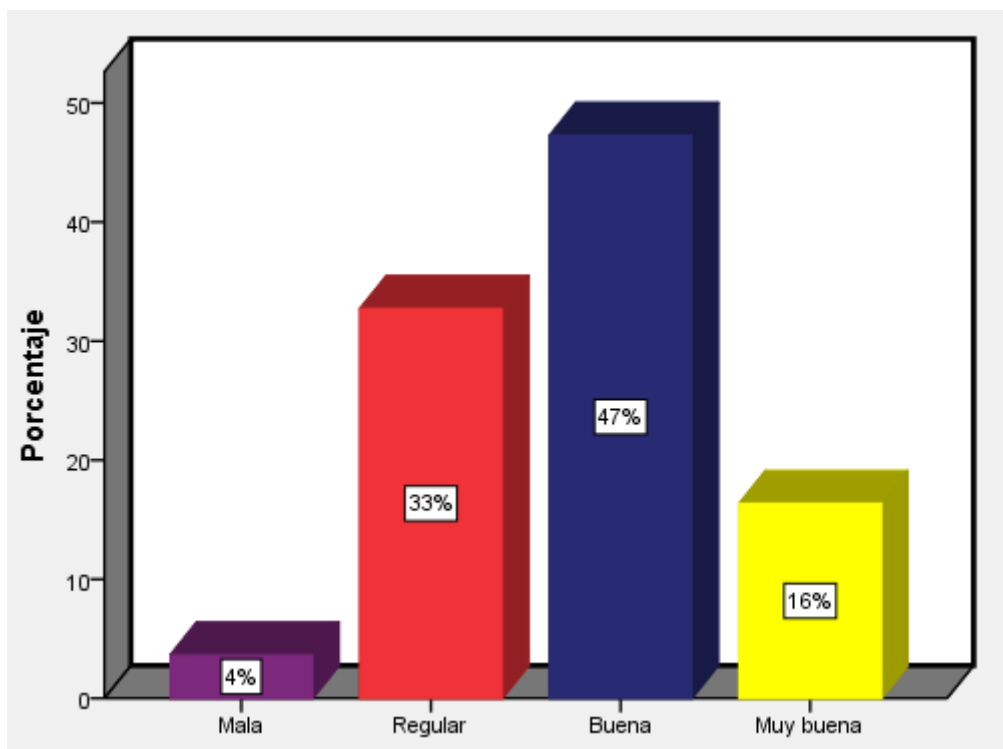


Figura 10. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar emocional.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión bienestar emocional se determina que en un 47% es buena, lo cual representa la mayor proporción. El 33% presenta un nivel regular, el 16% presenta un nivel muy buena solo el 4% presenta un nivel mala.

Tabla 10. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión interacción familiar.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	4	7
Mala	14	25
Regular	18	33
Buena	14	25
Muy buena	5	9
Total	55	100

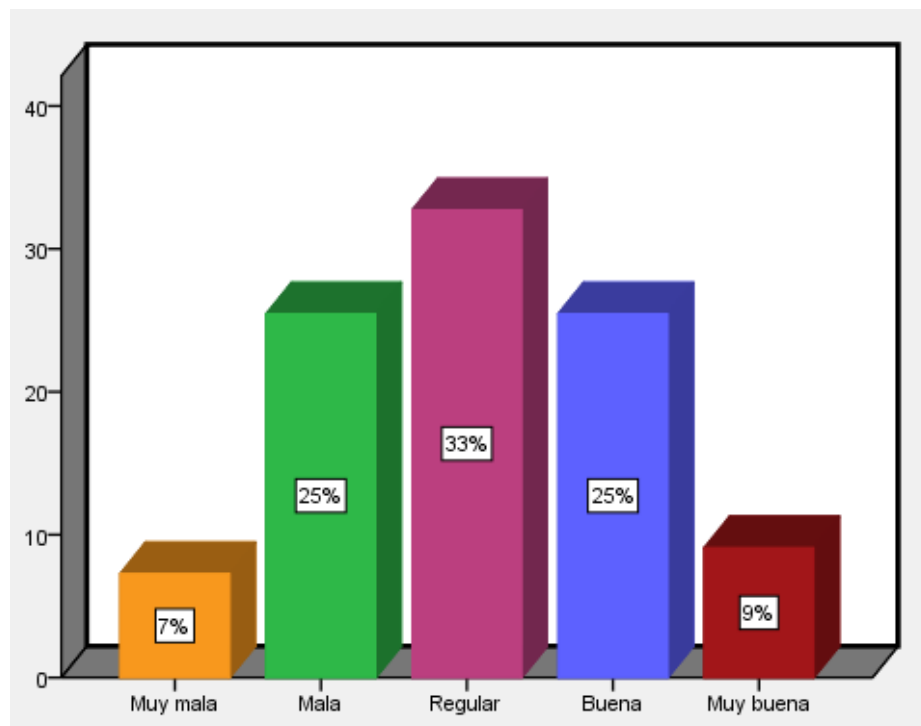


Figura 11. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión interacción familiar.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión interacción familiar se determina que en mayor proporción igual al 33% es regular, mientras que en menor proporción es muy mala igual al 7%.

Tabla 11. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión salud.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	1	2
Mala	15	27
Regular	27	49
Buena	12	22
Total	55	100

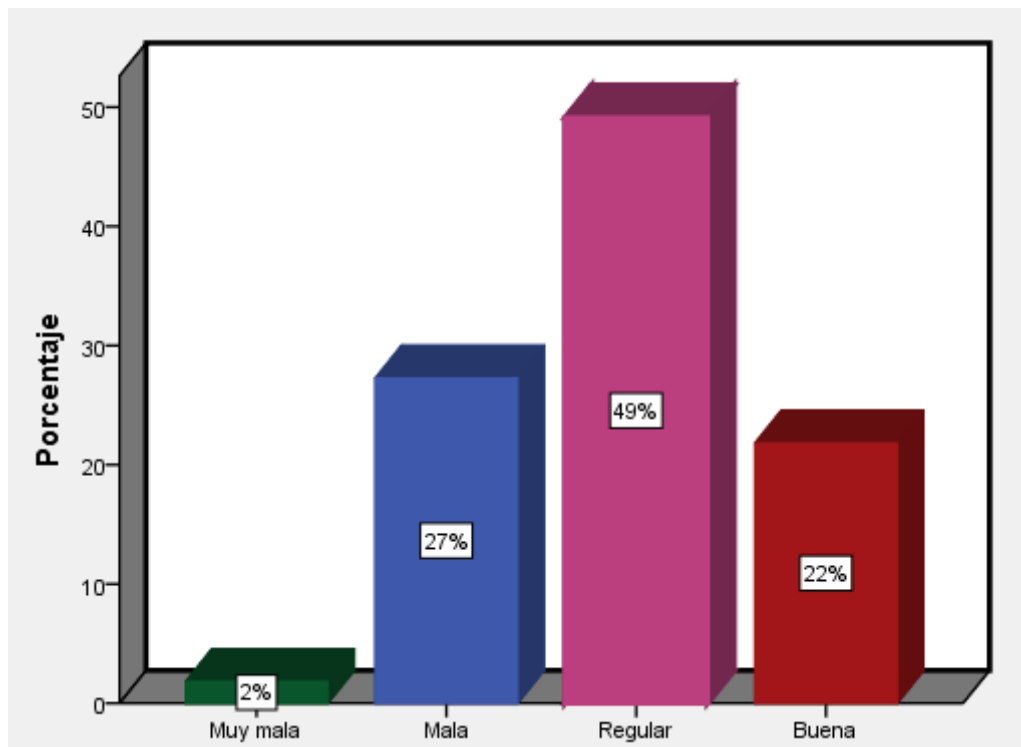


Figura 12. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión salud.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión salud se determina que en mayor proporción igual al 49% es regular, mientras que en menor proporción es muy mala igual a 2%.

Tabla 12. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar económico.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	14	25
Mala	27	49
Regular	11	20
Buena	3	5
Total	55	100

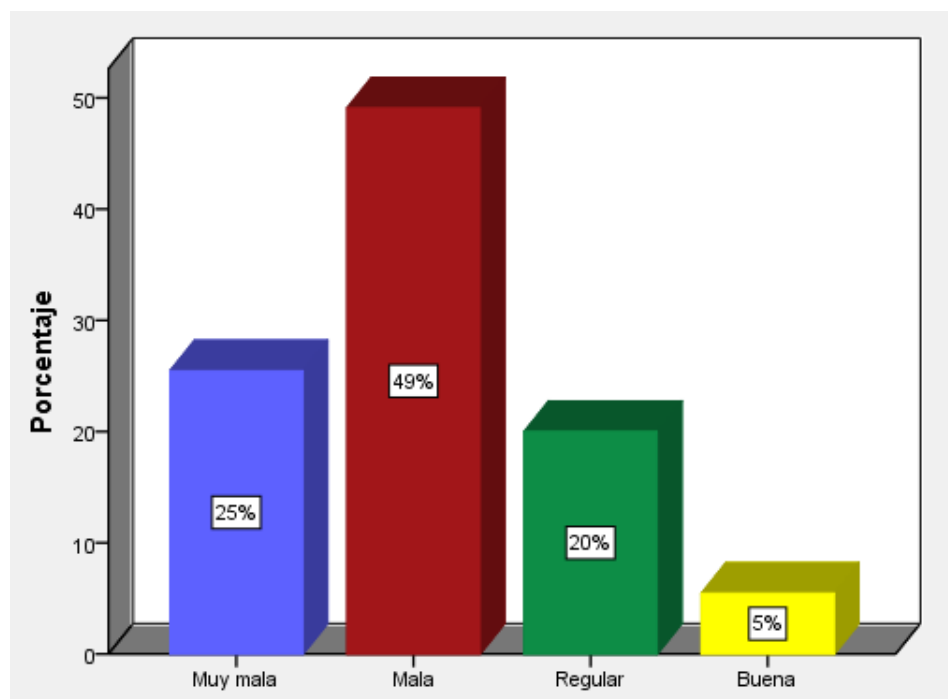


Figura 13. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión bienestar económico.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión bienestar económico se determina que en mayor proporción igual al 49% es mala, seguido por el 25% que es muy mala, en un 20% es regular y en menor proporción igual al 5% es buena.

Tabla 13. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad según la dimensión organización y habilidades parentales.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	5	9
Mala	18	33
Regular	20	36
Buena	10	18
Muy buena	2	4
Total	55	100

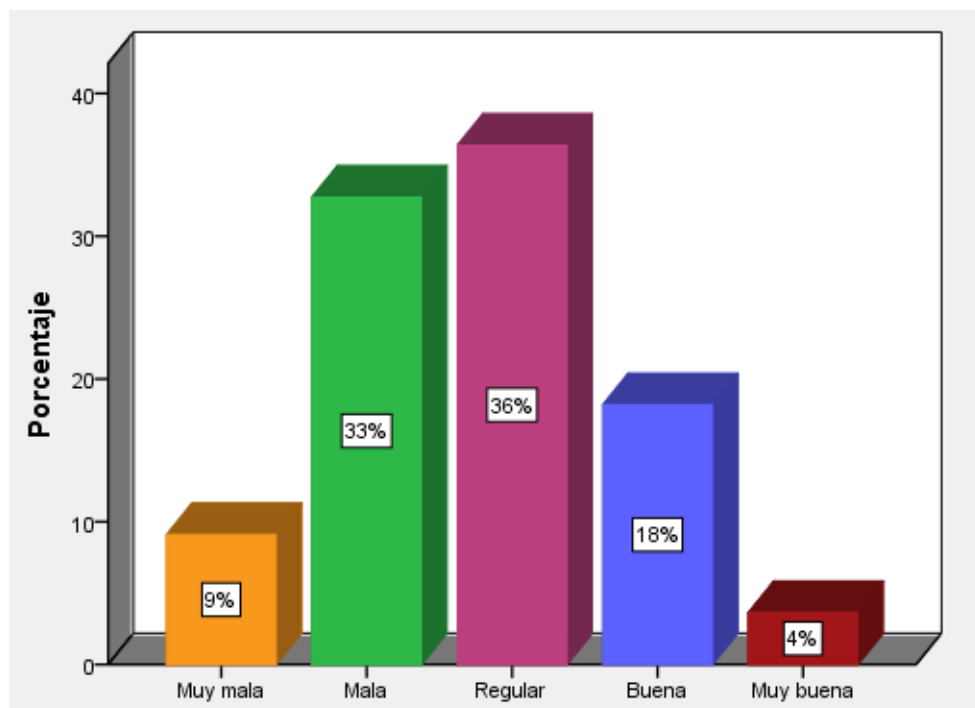


Figura 14. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión organización y habilidades parentales.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión organización y habilidades parentales se determina que en mayor proporción igual al 36% es regular, mientras que en menor proporción es muy buena igual al 4%.

Tabla 14. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión acomodación de la familia.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	1	2
Mala	6	11
Regular	29	53
Buena	18	33
Muy buena	1	2
Total	55	100

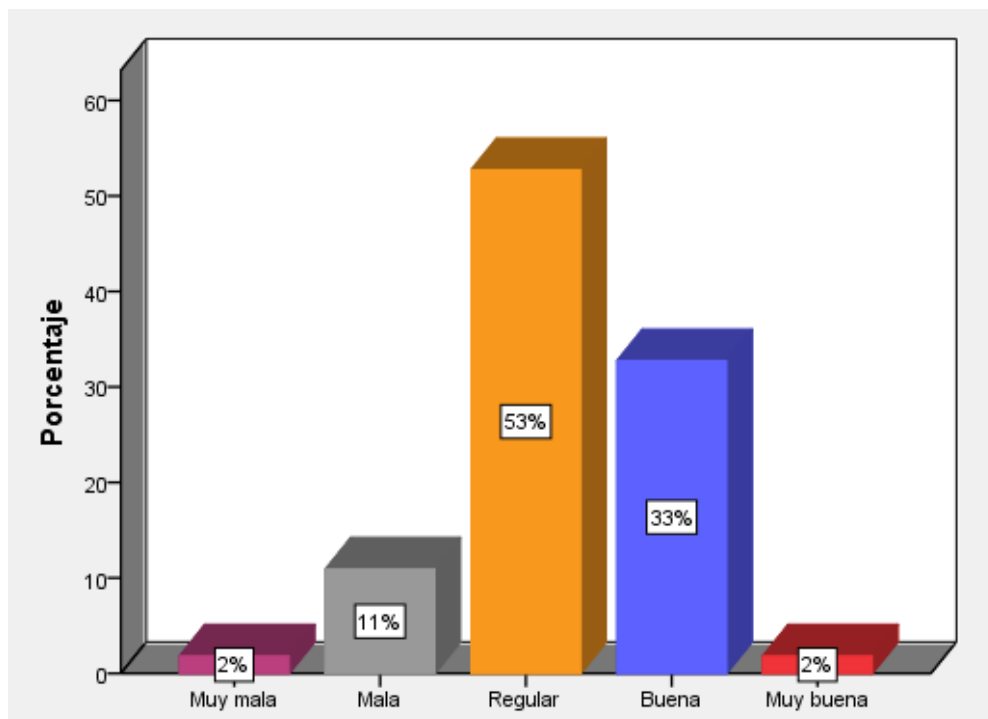


Figura 15. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión acomodación de la familia.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión acomodación de la familia se determina que en mayor proporción igual al 53% es regular, seguido por el 33% que es buena, en un 11% es mala y en menor proporción ascendente al 2% es muy mala y muy buena en igual proporción.

Tabla 15. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión inclusión y participación social.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	2	4
Mala	12	22
Regular	24	44
Buena	17	31
Total	55	100

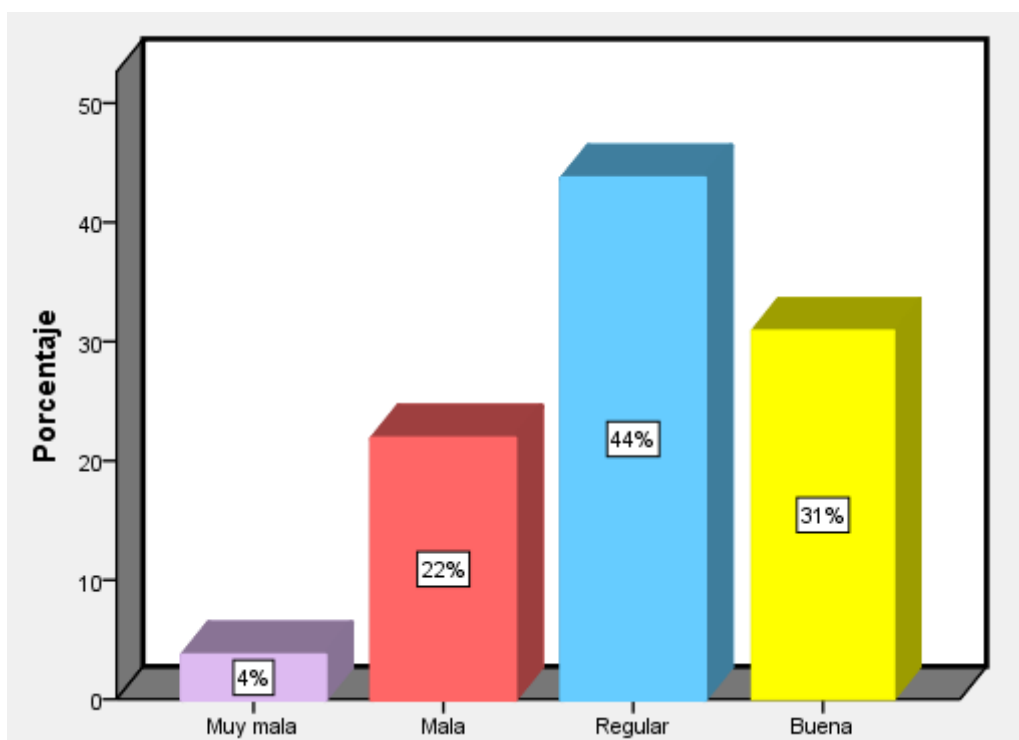


Figura 16. Nivel de calidad de vida de vida familiar en pacientes con discapacidad, según la dimensión inclusión y participación social.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión inclusión y participación social se determina que en mayor proporción igual al 44% es regular, seguido por el 31% que es buena, un 22% es mala y en menor medida es muy mala igual al 4%.

4.3. Procesamiento de los resultados

Para fines del procesamiento de la información recogida, se elaboró una base de datos en una tabla de Excel, ordenado por dimensiones con sus respectivos ítems donde se fue consignando el valor de la respuesta elegida. Luego se realizó la sumatoria de los ítems correspondientes a cada dimensión y de la variable en general, para establecer el rango del baremo al que pertenece.

Luego se seleccionó la escala del baremo alcanzada por cada dimensión y por la variable misma, para traspasar dichos valores al Programa SPSS 22, donde a través de la función análisis de los estadísticos descriptivos se obtuvieron finalmente las tablas y figuras, que resumen los resultados encontrados.

En las tablas y figuras se aprecian las frecuencias y porcentajes hallados por cada nivel o escala del baremo. Permitiendo un mejor análisis y comprensión de la realidad encontrada.

4.4. Discusión de los resultados

En este apartado, analizamos los resultados obtenidos en la muestra de estudio, estableciendo la coincidencia o diferencia con las teorías y determinaciones brindadas por otros autores sobre la misma temática de investigación.

Tomando en consideración los resultados obtenidos sobre la variable de la presente investigación, se determina que el nivel de calidad de vida familiar de los

pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social es regular en un 51% lo cual representa la mayor proporción de la realidad encontrada, en este sentido podemos evidenciar que los resultados no encuentran relación con lo expuesto por Cornejo, Navarrete y Jiménez (2014) en su estudio denominado *“Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán”* donde concluye que las familias del estudio tienen, en general, una buena calidad de vida familiar y una percepción positiva de los recursos y servicios que requieren, encontrándose satisfechos. La diferencia se debe a que en la realidad investigada presenta la peculiaridad de que los padres tienen a cargo hijos con discapacidad mientras que en el estudio realizado por los otros autores, la realidad de los padres es distinta al tener hijos en condiciones normales.

Una de las dimensiones de estudio de la calidad de vida familiar, fue la interacción familiar, donde se determinó que gran parte de población en estudio la categoriza como regular en un 33%. Al respecto, se halla una oposición de resultados al comparar con el estudio de Ortiz, Ariza y Pachajoa (2018), en su investigación titulada *“Calidad de vida de familias de niños y adolescentes con discapacidad asociada a defectos congénitos”*, quienes concluyen en su investigación que las familias perciben una calidad de vida familiar satisfactoria teniendo como mayor reporte el factor de interacción familiar con un 62%. Por tanto, se infiere que las relaciones existentes entre los miembros en el presente estudio se encuentra debilitada, y que es necesario fortalecer los vínculos para que la presencia del familiar con discapacidad no represente una sobrecarga.

Por otro lado, fruto de la investigación se resuelve que en la dimensión bienestar emocional un 47%, es buena, evidenciándose cierta relación con el estudio realizado por Huamantuma (2017), en su investigación titulada *“Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los CEBES de la ciudad de Arequipa”*, donde concluye, que en torno a los niveles de importancia en el factor bienestar emocional la puntuación promedio ha sido de 15.36 puntos, lo cual demuestra que los padres consideran importante dicho factor y que presentan una tendencia óptima a la calidad de vida. Siendo estos dos resultados positivos se puede evidenciar que las familias en mención han logrado hacer frente al impacto de la discapacidad teniendo manejo de sus emociones, sentimientos y preocupaciones, derivadas de la convivencia y cuidado de la persona con discapacidad.

En razón a la dimensión bienestar económico se determinó que la gran mayoría de pacientes con discapacidad que participaron de esta investigación lo percibe como malo en un 49%. Dichos hallazgos coinciden con lo expuesto por Sirlupu (2016) en su estudio denominado *“Calidad de vida en padres con hijos con Síndrome de Down del Centro Educativo Básico especial Chimbote 01, 2016”*, donde concluye que el 38% de la población estudiada presenta un nivel malo en la dimensión bienestar económico. Siendo estos resultados negativos en ambos casos, se infiere que, las familias con algún familiar con discapacidad no disponen de recursos económicos y materiales necesarios que aseguren el goce de sus necesidades básicas.

En general, habiendo establecido coincidencia en varias de las dimensiones analizadas en la presente investigación con los resultados de otros autores e instituciones, se fortalece la necesidad de brindar una mejor calidad de vida familiar a

las personas con discapacidad, puesto que representa hasta hoy un grupo poblacional vulnerable en busca de la llamada “inclusión social”.

4.5. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se fijan las siguientes conclusiones:

- La calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao es regular en un 51% producto a un conjunto de factores que atraviesan las familias que no favorecen al logro del bienestar general.
- En la dimensión bienestar emocional se determina que un 47% es buena, debido al grado de satisfacción que sienten con algunos aspectos de la vida, a la estabilidad emocional lograda para afrontar situaciones adversas ante la presencia de la persona con discapacidad.
- En cuanto a la dimensión interacción familiar se determina que la mayor proporción igual al 33% es regular, debido a la presencia de relaciones familiares débiles, poco apoyo y soporte en la convivencia con la persona con discapacidad.
- En la dimensión salud se determina que la mayor parte en un 49% es regular, poniendo de manifiesto que tanto el familiar con discapacidad como la familia no gozan de un estado de salud óptimo y posiblemente el miembro con discapacidad no ha logrado autonomía.

- En la dimensión bienestar económico se determina que un 49% es mala, propiciado por los escasos recursos económicos con los cuentan las familias para cubrir sus necesidades básicas como las del familiar con discapacidad.
- En la dimensión organización y habilidades parentales se evidencia que un 36% es regular, representando la mayor proporción, dado que las familias en muchas ocasiones dejan de lado sus proyectos de vida personales para hacerse responsable de la crianza y cuidado de la persona con discapacidad.
- En la dimensión acomodación de la familia se determina que un 53% es regular, dado que las familias en estudio todavía se encuentran en un proceso de adaptación y aceptación de la discapacidad de su familiar.
- En la dimensión inclusión y participación social se determina que se da de manera regular al 44%, puede deberse a que a pesar de participar de actividades en su comunidad, aún no se encuentran satisfechos y se precisa una participación más activa de los mismos.

4.6. Recomendaciones

En base a las conclusiones establecidas, se brinda ciertas recomendaciones en el afán de mejorar la calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao:

- El equipo de Trabajo Social debe realizar un plan de Intervención social dirigido a las familias de los pacientes con discapacidad con el propósito de mejorar su

calidad de vida familiar, contando con la participación de los profesionales en la especialidad requerida.

- El equipo de Trabajadoras Sociales en coordinación con el área de psicología, realizará de manera paulatina charlas de afrontamiento familiar, que permitirán fortalecer las relaciones familiares y generar una mayor estabilidad emocional.
- El servicio de Trabajo Social junto con el equipo multidisciplinario realizará talleres informativos para que las familias de los pacientes con discapacidad aprendan sobre la convivencia con ellos y les puedan brindar el apoyo y soporte necesario en su vida familiar.
- Las profesionales de Trabajo Social y los especialistas en rehabilitación deben exhortar a los familiares de los pacientes con discapacidad a continuar con el tratamiento de los menores para que estos logren autonomía, así como también se les debe orientar a que tanto el familiar como la persona con discapacidad deben recibir la atención adecuada para que gocen de un estado de salud óptimo.
- El servicio de Trabajo Social debe desarrollar talleres productivos – ocupacionales, para que los familiares de los pacientes con discapacidad aprendan a desarrollar sus habilidades y puedan generar un ingreso extra a la canasta básica familiar. Así como también, realizar visitas domiciliarias a aquellos pacientes en condición de extrema pobreza para conocer su situación y gestionar los recursos necesarios con otras instituciones en busca de la mejora de su calidad de vida.
- Los padres de familia y miembros del núcleo familiar con quien vive el paciente con discapacidad deben repartir roles y mantener buenos niveles de comunicación

para consensuar y tomar acuerdos en afán de lograr una adecuada dinámica familiar.

- El departamento de psicología del Hospital de Rehabilitación del Callao debe desarrollar talleres de terapia grupal para lograr que los familiares de los pacientes con discapacidad asuman y acepten la situación que les ha tocado vivir, desarrollando actitudes positivas frente a la vida.
- El servicio de Trabajo Social debe concretar alianzas con instituciones del Estado para que los pacientes sean incluidos en instituciones educativas y en talleres brindados por Omaped y Conadis, así como también orientarlos a la obtención de su certificado de discapacidad que le permitirán obtener beneficios dentro de su comunidad.

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del programa

“Programa de fortalecimiento familiar y redes de apoyo para la mejora de la calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social”

5.2. Justificación

Esta propuesta de intervención social se basa en los resultados conseguidos en la presente investigación, donde se determinó que la calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao es de nivel regular en un 51%, motivo por el cual se plantearan acciones en aras de fortalecer a las familias frente a situaciones adversas así como también se impulsará su participación en las políticas públicas a favor de las personas con discapacidad.

Es necesario que a estas familias se les brinde información, orientación, apoyo emocional, formación, asesoría y se promueva la participación social, puesto que son esos los puntos claves para lograr fortalecer el vínculo familiar y en los que el profesional en Trabajo social debe enfocarse para una buena intervención.

En su mayoría las familias experimentan diversos cambios en su dinámica familiar, algunas han podido afrontar las dificultades y otras , han visto desestructurado su

núcleo familiar, debido a muchos factores, ya que la llegada de una persona con discapacidad representa un impacto en el núcleo familiar puesto que ninguna familia se encuentra preparada para afrontar dicha situación, y en muchos casos un miembro del hogar debe dejar de hacer sus actividades cotidianas para dedicarse al cuidado del menor.

Estas familias, por lo general, atraviesan momentos de desorientación y soledad, representando para ellos un problema netamente privado, más que nada porque perciben y sienten que la sociedad y el Estado no les brinda apoyo para responder a las necesidades del miembro con discapacidad, lo que va produciendo gran desgaste en el núcleo familiar. Sin embargo, estas familias encuentran apoyo en los profesionales considerándolos uno de los más importantes, puesto que a ellos les demandan la atención a muchas de sus carencias y exigencias.

Es por este motivo que el programa busca trabajar de manera articulada con un equipo multidisciplinario que brinde el apoyo especializado, con el fin de conseguir resultados positivos en la calidad de vida de las familias, así como también dejar como precedente para futuras intervenciones con nuevos usuarios de la institución.

El programa se enfoca en fortalecer siete dimensiones: bienestar emocional, interacción familiar, salud, organización y habilidades parentales, bienestar económico, acomodación de las familias e inclusión y participación social. Esperando tener un notorio cambio en las familias de los pacientes con discapacidad del hospital, con el propósito de lograr el bienestar general de los mismos.

En esa misma línea tenemos un referente de intervención social, desarrollado por un especialista del área profesional, comprometida con la mejora de vida de las familias, es el caso de Silva, T (2012), quien en su artículo titulado “La familia de la persona con discapacidad mental: una intervención desde trabajo social” , expone sobre la práctica profesional desarrollada en familias de personas con discapacidad intelectual denominada “Intervención Familiar en la Discapacidad Mental”, la cual tiene como objetivo asistir de manera total a estas familias, con la finalidad de elevar su calidad de vida, autonomía y desarrollo social de los involucrados . Cuya metodología se basa en el método tradicional, brindando atención individualizada, reafirmando así la mirada de la inclusión social.

En nuestro contexto el programa de intervención será llevado a cabo de manera integral, con la participación de todos los integrantes de la familia para fomentar la formación de procesos colectivos y apoyo mutuo.

Los profesionales en Trabajo Social tienen una gran labor en la intervención con las personas con discapacidad es por eso que se han venido desarrollando nuevas ideas en torno al tema en mención , teniendo como referente a Muyor, J (2011) quien en su investigación denominada *“La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos”* pone de manifiesto qué tenemos que desarrollar nuestra labor como agentes activos de cambio de la realidad social, teniendo como perspectiva los derechos de ciudadanía. Este planteamiento nos sitúa ante el reto de transformar la mentalidad tradicional (representaciones simbólicas) de la sociedad (en la que se incluyen los propios profesionales e incluso, las familias y personas con discapacidad). Para así contribuir

a la disminución de las brechas sociales y la aceptación de las familias en el medio en el que se desarrollan, puesto que la vida de los familiares con un miembro con discapacidad no debería ser diferente a la de uno que no lo tiene.

Lo dicho anteriormente representa un reto para los que formamos parte del conjunto de actores claves, por ende el programa de intervención social busca fortalecer los vínculos familiares y redes de apoyo de los pacientes en situación de discapacidad, con el fin de contribuir a la adquisición de actitudes y habilidades para la vida.

5.3. Objetivos del programa

5.3.1. Objetivo general

Generar el fortalecimiento familiar y redes de apoyo para la mejora de la calidad de vida de vida familiar de los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del HRC.

5.3.2. Objetivos específicos

- Orientar a las familias sobre la discapacidad y fomentar la participación del grupo a través de sus experiencias.
- Fomentar procesos colectivos de formación familiar orientados a la adquisición y mejora de actitudes frente a la discapacidad.
- Brindar alcances sobre los derechos, deberes y responsabilidades de la familia en relación a los integrantes de la misma, para lograr el desarrollo óptimo de todos los miembros.

- Fortalecer las redes de apoyo en la familia y comunidad para la participación activa en la sociedad.

5.4. Sector al que se dirige

Este programa está orientado a trabajar con las familias de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.

5.5. Metodología de la intervención

La metodología del programa de intervención es de carácter integrador y participativo puesto que se trabajará con un equipo multidisciplinario en aras de contribuir a la mejora de la calidad de vida familiar de los pacientes con discapacidad.

Además, tiene un enfoque sistémico el cual considera a la familia como un sistema, con características propias y diferenciadas del entorno, así como indica que cada núcleo familiar posee un funcionamiento interno que regula por sí mismo su proceso continuo de cambio.

Por otro lado, el programa de intervención social está orientado bajo el modelo centrado en la tarea el cual no centra su interés en el estudio de las respuestas emocionales o en las experiencias del pasado de los usuarios, sino en aclarar e identificar las características primordiales del problema en la actualidad y en conocer las dificultades que

impiden el cambio. Desde esta óptica, la intervención tiene como propósito diagnosticar y explorar los problemas actuales de la vida del usuario, seleccionando los principales. Esencialmente, los fundamentos principales en los que se basa la práctica de la intervención centrada en la tarea son: la delimitación del problema, el límite del tiempo, los objetivos, las tareas a llevar a cabo y el contrato. (Juan Vizcarret, 2007).

El modelo en mención será utilizado por la profesional en Trabajo Social para intervenir de manera inmediata con las familias de los pacientes, si bien es cierto el trabajo con esta población suele ser prolongado y en muchas ocasiones tiene una duración mínima de 6 meses, en esta oportunidad se busca darle una solución inmediata a la problemática ya existente.

Por tal motivo y en razón a lo expuesto anteriormente se realizarán las actividades a describir en las siguientes líneas.

ACTIVIDADES

a. Bloque temático I: ¿Qué es la discapacidad?, ¿Qué se sabe sobre la discapacidad de mi familiar?

Objetivo: Orientar a las familias sobre la discapacidad y fomentar la participación del grupo a través de sus experiencias.

Actividades a desarrollar

1. Se realizará la presentación del taller, y de la profesional, así como también cada participante se presentará brevemente diciendo su nombre, qué le gusta hacer y cuáles son sus expectativas sobre el taller.

2. El Trabajador Social pedirá a los participantes qué de manera voluntaria brinden algún alcance, sobre lo que ellos piensan qué es la definición de discapacidad, para luego proyectar a través de una diapositiva la definición y posterior explicación por parte del profesional.
3. Los participantes en grupo de 4 personas deberán escribir en un paleógrafo sobre los tipos de discapacidad qué ellos conocen. Al culminar el trabajo deberán escoger a una persona que exponga ante los demás grupos lo escrito.
4. La Trabajadora Social reforzará tales definiciones, brindando una breve explicación y se complementarán con los alcances del personal médico.
5. De manera individual durante 5 o 10 minutos los participantes reflexionaran sobre la información que han ido recopilando sobre la discapacidad de su familiar y la compartirán con los demás miembros del grupo.
6. Para finalizar la Trabajadora Social brindará folletos con la información brindada en el taller, así como también consultará a los participantes sobre cómo se han sentido.

Materiales:

- Equipo multimedia
- Parlantes y micrófono

- Paleógrafos
- Hojas Bond
- Plumones
- Folletos
- Sillas
- Mesas

Recursos Humanos

- 2 Trabajadoras Sociales
- Profesional en medicina física y rehabilitación

b. Bloque temático II: Un hijo con discapacidad en la familia

Objetivo: Fomentar procesos colectivos de formación familiar orientados a la adquisición y mejora de actitudes frente a la discapacidad con el fin de que favorezcan la integración de la persona con discapacidad a la dinámica familiar.

Acciones a desarrollar

1. Lectura de un testimonio o parte de un libro cuyo tema central es “La llegada de un a persona con discapacidad al seno familiar”. Posterior a la lectura se puede proceder a compartir los aspectos más relevantes identificados por los participantes.
2. Se otorgará a los participantes un espacio de tiempo de 5 a 10 minutos para reflexionar acerca de aquellos aspectos que consideran fundamentales en su vida. Posteriormente, deberán elegir y registrar los 4 aspectos, ámbitos o personas cuya presencia es fundamental en su vida, y de las cuales creen no podrían prescindir.

3. Luego la Trabajadora Social pedirá que de manera individual realicen la siguiente reflexión: “¿Qué sucedería si uno de los pilares desaparece?, ¿Cómo enfrente la situación de no tener algo que es muy importante o fundamental?”. Las opiniones luego serán compartidas con todo el grupo.
4. El profesional comunicará a los participantes la siguiente consigna: “Recordar cómo era su hijo hace 10 minutos atrás u hoy por la mañana antes de salir de casa”, otorgando unos minutos para ello. Luego, la siguiente consigna: “Ahora recordar cómo era su hijo hace 10 días atrás”, repitiendo el procedimiento con las siguientes: “Ahora recordar cómo era hace 10 meses”, “Y hace 5 ó 10 años” (el profesional menciona la cantidad de consignas que estime conveniente). Se comparte en grupo las respuestas que las familias tienen para cada consigna, discutiendo aspectos como la evolución de los hijos y la percepción de los padres con respecto a los mismos.
5. El profesional hablará de la importancia de las redes en la dinámica familiar y complementará su intervención con la entrega de un testimonio titulado “Unos días de respiro... ¿madre desnaturalizada?”. Los participantes compartirán en grupo su opinión en relación al texto leído.
6. Por último, el trabajador social entregará a los participantes algunas estrategias básicas para buscar redes de apoyo relacionadas con la disposición de recursos para realizar distintas actividades de tipo formativas, familiares, etc. Sugiriendo: el uso de

Internet, utilización de recursos de la comunidad, instituciones que dan apoyo a la familia.

Materiales

- Parlantes y micrófono
- Hojas impresas con los textos e información
- Hojas bond
- Lapiceros
- Sillas

Recursos Humanos

- 2 Trabajadoras Sociales
- Personal del Hospital de Rehabilitación del Callao

c. Bloque temático III: El rol de la familia

Objetivo: Brindar alcances sobre los derechos, deberes y responsabilidades de la familia en relación a los integrantes de la misma, para lograr el desarrollo óptimo de todos los miembros.

Actividades a desarrollar

1. Proyección de un Video – Forum: Conteniendo una parte de una película, vídeo o cortometraje en el cual se evidencien temas relacionados a la familia (20 minutos máx.). Discusión en grupo acerca de los aspectos principales visualizados en el video.

2. Cada participante plasmará en una hoja un registro de actividades que llevan a cabo en la semana, incluyendo aspectos relacionados con: trabajo, ocio, familia, etc. Así como también deben incluir aquellas actividades simples o cotidianas, de manera que el resultado final refleje un “horario” o “tabla de actividades”.
3. El profesional luego de la actividad deberá indicar a los participantes qué con un color identifiquen aquellas actividades que son realizadas con el grupo familiar. Luego en pequeños grupos de 3 a 4 personas, se planteará la siguiente reflexión ¿El tiempo que comparte con su familia está acorde con los objetivos que cómo familias se plantean?
4. Utilizando el registro realizado anteriormente, los padres destacarán las actividades que realizan de manera individual con un nuevo color, y con otro diferente, aquellas que realizan en pareja. El profesional plantea un debate en grupo en el cual se discutirán los siguientes aspectos: “¿Son importantes los espacios individuales y los de pareja?, ¿Cómo pueden asegurarse dichos espacios?, ¿Cuento con los recursos para ello?
5. Para finalizar con la sesión la Trabajadora Social explicará de manera resumida lo expuso en la sesión del día y repartirá alguna información acerca de aspectos teóricos sobre el rol de la familia.

Materiales

- Equipo multimedia

- Parlantes y micrófono
- Hojas Bond
- Plumones
- Folletos
- Sillas
- Mesas

Recursos Humanos

- Trabajadora social
- Personal del Hospital de Rehabilitación del Calla

d. Bloque temático IV: La persona con discapacidad y las instituciones del Estado

Objetivo: Fortalecer las redes de apoyo en la familia y comunidad para la participación activa en la sociedad.

Actividades a desarrollar

1. La Trabajadora Social apertura el taller informativo, dando algunos alcances generales sobre los derechos de una persona con discapacidad y la ley que los ampara, utilizando diapositivas.
2. Cada participante en una hoja escribirá, qué instituciones conocen para apoyo a las personas con discapacidad y la pegaran en un paleógrafo. Luego el profesional intervendrá haciendo la siguiente pregunta ¿Qué tan difícil ha sido para ustedes llegar a estas instituciones?, ¿Tienen alguna sugerencia para mejorarla?

3. Utilizando lo anteriormente descrito y en coordinación con personal del Conadis, Omaped y Oredis, procederán a explicar de manera detallada cuáles son sus funciones y qué servicios brindan a favor de las personas con discapacidad. Al finalizar la intervención, se les pedirá a los participantes formular preguntas en aras de que la información haya sido recibida de manera correcta y no queden interrogantes.
4. La Trabajadora Social junto con el equipo de profesionales invitados, les entregaran a los participantes, folletos, con la información expuesta.
5. La Trabajadora Social hará el cierre del taller con la técnica del “abrazo en grupo”, el cual consiste en que todos los participantes se reúnan en el centro del auditorio, se tomen de las manos y se brinden un abrazo colectivo. Esta técnica tiene como finalidad resaltar la importancia de la cohesión grupal donde todos tengan la oportunidad de compartir las actividades vivenciadas con integración.

Materiales

- Equipo multimedia
- Parlantes y micrófono
- Hojas Bond
- Plumones
- Folletos
- Limpiatipo
- Sillas

Recursos Humanos

- 2 Trabajadoras Sociales
- 1 Personal de la institución de Conadis
- 1 Personal de la institución de OMAPED
- 1 Personal de la institución Oredis
- Personal del Hospital de Rehabilitación del Callao

5.6. Cronograma

El programa está constituido por un total de 8 sesiones realizadas de forma semanal, lo cual se desarrollará durante los meses de marzo, abril y mayo del 2019.

Las temáticas tienen el propósito mejorar la calidad de vida de las familias de los pacientes con discapacidad, así como también acercarlos más a las redes de apoyo existentes o concretar la formación de una nueva.

Tabla 16. Cronograma de actividades del programa de intervención

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
ACTIVIDADES		MESES											
		MARZO				ABRIL				MAYO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Bloque temático I: ¿Qué es la discapacidad?, ¿Qué se sabe sobre la discapacidad de mi familiar?												
2	Bloque temático II: Un hijo con discapacidad en la familia												
4	Bloque temático III: El rol de la familia												
5	Bloque temático IV: La persona con discapacidad y las instituciones del Estado												
6	Clausura de talleres												

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp29.pdf>
- Arriola, C., & Sotelo, C. (2016). *Influencia de la calidad de vida familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes que acuden al club dulce vida del centro de salud la concordia en el periodo Julio-Octubre de 2016* (tesis de postgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12862>
- Barrera, L. (2015). *Calidad de vida familiar en adolescentes de 10 a 18 años con hipoacusia del Instituto Nacional de Audición y Lenguaje en la ciudad de Quito en el periodo de enero a mayo de 2015*(tesis de postgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10256>
- Córdoba, L., Gómez, L., y Verdugo, M. A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a06.pdf>
- De Pablo- Blanco, J., & Rodríguez, J. (2010). *Manual práctico de discapacidad intelectual*. Madrid, España: Síntesis.
- Giné, C. et al. (2013). Las escalas de calidad de vida familiar (CDVF-E). Apoyo y orientación para la intervención. *Siglo cero*, 44(3), 21-36. Recuperado de <http://sid.usal.es/20109/8-2-6>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. 6ta Edición. México D.F.: McGraw-Hill. Recuperado de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hospital de Rehabilitación del Callao. (2017). *Portal Web*. Recuperado de <http://www.hrcallao.gob.pe/asis/asis2017.pdf>
- Huamantuma, L. (2017). *Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los CEBES de la ciudad de Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5566>
- INEI. (Agosto de 2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico 2017*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- Leal, L. (2008). A family-centered approach to people with mental retardation. Washington: American Association on Mental Retardation. [Traducido al castellano por M. Cuenca y E. Jalain. Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia. Madrid: FEAPS]. Recuperado de <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/bp-enfoque-familia.pdf>
- Lumani, N., & Córdoba, L. (2014). Satisfacción con la calidad de vida familiar y con los servicios en familias de niños y adolescentes con discapacidad. *Siglo cero*, 45(1), 41-55. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART20386/calidad_vida_familiar_249.pdf
- Minuchin, S. (2003). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

- Ortiz-Quiroga, M., Ariza, Y., & Pachajoa, H. (2018). Calidad de vida de familias de niños y adolescentes con discapacidad asociada a defectos congénitos. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.cvfn>
- Ossa, C., Navarrete, L., & Jiménez, A. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán - Chile. *Investigación & desarrollo*, 22(1), 19-37. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14482/indes.22.1.5144>
- Pablo, J. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor de la casa "Polifuncional Palmas Reales" Los olivos, 2016* (Tesis pregrado). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf
- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., Mannan, H., . . . Nelson, L. (2003). Toward Assessing Family Outcomes of Service Delivery: Validation of a Family Quality of Life Survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4/5), 367-384. doi:doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00497.x
- Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J. y Wang, M. (2004). Calidad de vida familiar: Un estudio cualitativo. *Siglo Cero*, 35(3), 31-48. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6737/articulos3.pdf>
- Schalock, R. (1997). Evaluación de programas sociales: para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales. En Verdugo (Presidencia), *II Jornadas científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*, Salamanca, España.

- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial].
- Silva, N. (2017). *Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulupuna, Cajamarca, 2016* (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca. Recuperado de <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/922>
- Sirlupu, M. (2016). *"Calidad de vida en padres con hijos con Síndrome de Down del Centro Educativo Básico especial Chimbote 01,2016"* (Tesis de pregrado). Universidad San Pedro. Chimbote, Perú. Recuperado de <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/2922>
- Summers, J.A., Poston, D.J., Turnbull, A.P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, J. y Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 777-783. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00751.x>
- Turnbull, A. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 59-73.
- Verdugo, M., Rodríguez, A y Sainz, F. (2012). Escala de Calidad de Vida Familiar [Family Quality of Life Survey]. Salamanca: INICO. Recuperado de http://sid.usal.es/idos/F8/FDO26164/herramientas_6.pdf
- Villano, S. (2016). *Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico del Instituto Nacional de*

Ciencias Neurologicas (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima , Perú.

Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/754>

Zuna, N.I., Summers, J.A., Turnbull, A.P., Hu, X. y Xu, S. (2009). Theorizing about family quality of life. En R. Kober (Eds.). Enhancing the quality of life of people with intellectual disability: From theory to practice. (pp. 241-276). Nueva york: Springer.
doi: 10.1007/978-90-481-9650-0

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Metodología
¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?	Determinar el nivel calidad de vida familiar que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018.	La investigación es de tipo descriptiva, transversal, con un diseño no experimental y con un enfoque cuantitativo.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Población y muestra
<p>- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar emocional, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión interacción familiar, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión salud, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar económico, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión organización y habilidades parentales, que presentan los pacientes</p>	<p>-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar emocional, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.</p> <p>-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión interacción familiar, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.</p> <p>-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión salud, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018</p> <p>-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión bienestar económico, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.</p> <p>-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión organización y habilidades parentales, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio</p>	<p>La población de estudio está comprendida por aproximadamente 130 pacientes que asisten diariamente al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao.</p> <p>La muestra está constituida por 55 pacientes con discapacidad que asisten al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao. La cual se determinó bajo el diseño del Muestreo aleatorio simple (MAS) y para efectos de un mejor manejo de la cantidad de los datos se aplicó la muestra de corrección por finitud.</p> <p>N=55 pacientes</p>

con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?	de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.	
-¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión acomodación de la familia, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?	-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión acomodación de la familia, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.	
-¿Cuál es el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión inclusión y participación social, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al Servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, Periodo 2018?	-Conocer el nivel de calidad de vida familiar, según la dimensión inclusión y participación social, que presentan los pacientes con discapacidad que acuden al servicio de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del Callao, periodo 2018.	

Anexo 2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

I. DATOS GENERALES

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD	
<p>1. Edad: _____</p> <p>2. Sexo:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </div> <p>3. Grado de discapacidad:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Desconocido </div>	<p>4. Tipo de discapacidad</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Discapacidad física o motora </div> <p style="margin-top: 10px;">Especifique diagnóstico:</p> <p>_____</p>

II. INSTRUCCIONES

Marcar la frecuencia en que se da la situación descrita en cada frase.

- Si marca el 1, significa que la situación descrita en la frase **nunca** se da.
- Si marca el 2, significa que la situación descrita en la frase **raramente** se da.
- Si marca el 3, significa que la situación descrita en la frase se da **a veces**.
- Si marca el 4, significa que la situación descrita en la frase se da **a menudo**.
- Si marca el 5, significa que la situación descrita en la frase se da **siempre**.

Marcar **no es mi caso** cuando la afirmación no se ajuste a su realidad y no pueda responder a frecuencia.

“Muchas gracias por su colaboración”

III. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR (CdVF-E)

		NUNCA	RARAMENTE	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE	NO ES MI CASO
1	Disponemos de tiempo para la vida en pareja	1	2	3	4	5	0
2	Todos los miembros de mi familia disfrutamos de buena salud física	1	2	3	4	5	0
3	Mi familia puede hacer frente económicamente a las necesidades de todos sus miembros	1	2	3	4	5	0
4	El familiar con discapacidad puede quedarse solo en casa	1	2	3	4	5	0
5	Mi familia sale con el familiar con DID (a tomar algo, pasear, etc.)	1	2	3	4	5	0
6	Mi familia tiene ilusión y proyectos de futuro	1	2	3	4	5	0

7	En general, todos los miembros de mi familia gozan de buena estabilidad emocional	1	2	3	4	5	0
8	Mi familia puede costear el gasto adicional que supone adaptar la vivienda (baño, silla adaptada, rampas, etc.) y/o coche para cubrir las necesidades del familiar con DID	1	2	3	4	5	0
9	Mi familia respeta las pequeñas decisiones que toma el familiar con DID (escoger la ropa, organizar su espacio y tiempo, etc.)	1	2	3	4	5	0
10	El familiar con DID respeta a los demás cuando va por la calle	1	2	3	4	5	0
11	Mi familia goza de un ambiente de tranquilidad y paz en casa	1	2	3	4	5	0
12	Como pareja estamos de acuerdo en relación al cuidado y educación del familiar con DID	1	2	3	4	5	0
13	El familiar con DID se maneja físicamente de forma autónoma	1	2	3	4	5	0
14	Mi familia se siente bien al ver al familiar con DID feliz	1	2	3	4	5	0
15	Todos los miembros de mi familia consiguen tratarse con respeto y mantener la calma en momentos tensos	1	2	3	4	5	0
16	Mi familia cuenta con seguros que cubren gastos médicos no coberturados por su seguro de salud actual.	1	2	3	4	5	0
17	Mi familia comprende la discapacidad del familiar	1	2	3	4	5	0
18	Mi familia tiene recursos suficientes para superar los momentos críticos y difíciles	1	2	3	4	5	0
19	Todos los miembros de mi familia, incluidos los hermanos y familiares próximos, intentan crear un entorno familiar agradable.	1	2	3	4	5	0
20	Mi familia puede sufragar los gastos de una atención psicológica y/o psiquiátrica de todos sus miembros	1	2	3	4	5	0
21	Mi familia organiza actividades para que todos sus miembros disfrutemos juntos (celebraciones, juegos de mesa, excursiones, días de playa, etc.)	1	2	3	4	5	0
22	Mi familia se adapta a las necesidades del familiar con DID	1	2	3	4	5	0
23	Todos los miembros de mi familia tienen la confianza suficiente para pedirse ayuda cuando la necesitan	1	2	3	4	5	0
24	El familiar con DID tiene unos hábitos alimenticios saludables	1	2	3	4	5	0
25	Mi familia puede costear un seguro de responsabilidad civil para el familiar con DID en caso de ocasionar daño a otras personas fuera de la escuela, el taller, etc.	1	2	3	4	5	0
26	En mi familia se comparten las tareas del hogar	1	2	3	4	5	0
27	Nuestros familiares y amigos aceptan que el familiar con DID pueda tener un comportamiento distinto	1	2	3	4	5	0
28	Las dificultades que se nos han presentado nos han unido como familia	1	2	3	4	5	0
29	En mi familia los hermanos mantienen una buena relación (realizar actividades y salidas conjuntas, conversar, ayudarse, etc.)	1	2	3	4	5	0
30	El familiar con DID origina gastos extraordinarios que podemos solventar.	1	2	3	4	5	0
31	Mi familia se siente preparada para ofrecer al familiar con DID la atención que merece	1	2	3	4	5	0
32	Todos los hermanos del familiar con DID reciben la atención que requieren.	1	2	3	4	5	0
33	El familiar con DID practica de manera eventual actividades físicas y/o deportivas	1	2	3	4	5	0
34	Mi familia puede permitirse algunos antojos	1	2	3	4	5	0
35	Mi familia se organiza teniendo en cuenta las necesidades del familiar con DID	1	2	3	4	5	0
36	Mi familia puede hacer lo que hacen el resto de las familias	1	2	3	4	5	0
37	Todos los miembros de mi familia participan en las decisiones sobre el familiar con DID	1	2	3	4	5	0

38	Mi familia puede afrontar los gastos derivados de la participación del familiar en actividades sociales de ocio y tiempo libre como campamento o excursiones.	1	2	3	4	5	0
39	Todos los miembros de nuestra familia llevamos a cabo nuestros proyectos de vida (personales y profesionales)	1	2	3	4	5	0
40	Mi familia toma en cuenta las preferencias y opiniones del familiar con DID en la toma de decisiones	1	2	3	4	5	0
41	Mi familia puede pagar los gastos de las necesidades básicas (alimentación, vestimenta, etc.)	1	2	3	4	5	0
42	Mi familia siente que ha ido sobreponiendo a los temores iniciales relacionados con el familiar con DID	1	2	3	4	5	0
43	Mi familia cuenta con el apoyo de los vecinos	1	2	3	4	5	0
44	Todos los miembros de la familia se muestran afecto y cariño.	1	2	3	4	5	0
45	Mi familia se siente bien tratada por los profesionales del ámbito de salud	1	2	3	4	5	0
46	Mi familia goza de una estabilidad económica suficiente para encarar el futuro con tranquilidad	1	2	3	4	5	0
47	Mi familia ha conseguido ajustarse a las obligaciones laborales con la atención al familiar con DID.	1	2	3	4	5	0
48	Mi familia cunado sale a la calle con el familiar con DID se siente cómoda	1	2	3	4	5	0
49	Mi familia está tranquila porque observa que el familiar con DID va progresando	1	2	3	4	5	0
50	Mi familia resuelve de manera adecuada las dificultades que puedan ocasionarse entre nosotros	1	2	3	4	5	0
51	Mi familia recibe la atención médica necesaria	1	2	3	4	5	0
52	El familiar con DID posee bienes adecuados para su edad (material de uso diario, juegos, etc.)	1	2	3	4	5	0
53	Mi familia participa activamente, junto con el familiar con DID, en la planificación de su futuro	1	2	3	4	5	0
54	Mi familia sobrelleva los cambios que realiza para responder a las necesidades que va presentando el familiar con DID a medida que pasa el tiempo	1	2	3	4	5	0
55	Los miembros de mi familia pueden desahogarse cuando lo precisan	1	2	3	4	5	0
56	Mi familia habla abiertamente de los temas que nos preocupan	1	2	3	4	5	0
57	Mi familia recibe la atención psiquiátrica y/o psicológica que necesita	1	2	3	4	5	0
58	La persona con DID tiene una buena relación con sus compañeros del colegio	1	2	3	4	5	0
59	Mi familia tiene una buena comunicación con el familiar con DID	1	2	3	4	5	0
60	Mi familia sabe afrontar los problemas de conducta del familiar con DID	1	2	3	4	5	0
61	Mi familia quiere formarse en temas relacionados con la discapacidad	1	2	3	4	5	0



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 20 de noviembre del 2018

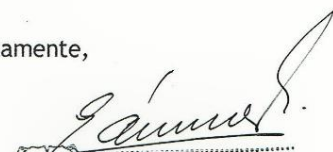

Carta N° 2698-2018-DFPTS

Señor Doctor
ROBERTO SOLÍS CARRILLO
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Anthuanett Liliana GUEVARA DANCOURT**, estudiante de la Carrera Profesional de Trabajo Social de nuestra Facultad, identificada con código 72-016973, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/crh
Id. 989102

