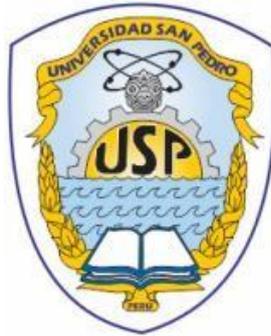


UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de San
Martín de la Ciudad de Piura, en el período de mayo a setiembre del 2017**

**Tesis para obtener el Título Profesional de Tecnólogo Médico en Terapia
Física y Rehabilitación**

Autor:

Soto Sernaque, Margarita Isabel

Asesor:

LIC. TM Valladares Macalupú, Jessenia

Piura – Perú

2017

INDICE

	Pagina.
I. Palabras clave	4
II. Titulo	5
III. Resumen	6
IV. Abstract	7
V. Introducción	8
5.1. Justificación de la investigación	10
5.2. Problema	11
5.3. Marco referencial	13
5.4. Hipótesis	28
5.5. Objetivos	29
VI Metodología del trabajo	30
VII Resultados	34
VIII Análisis y discusión	41
IX Recomendaciones	42
X Agradecimiento	45
XI Referencias bibliográficas	46
XII Anexos	52

ÍNDICE FIGURA

CONTENIDO	pág.
Figura 1: Población según el género y edad de la población.....	34
Figura 2: Población según el género y edad de la muestra.....	35
Figura 3: Enfermedades discapacitantes... ..	36
Figura 4: Tipo de discapacidad de la muestra	37
Figura 5: Encuesta para determinar la atención médica y rehabilitación	38
Figura 6: Nivel de instrucción de la muestra.....	39
Figura 7: Estado de ocupación de la muestra	40

I. Palabras clave

Prevalencia, Prevención, Diabetes e Hipertensión

Tema	Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de San Martín de la ciudad de Piura, en el período de Mayo a Setiembre del 2017
Especialidad	Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación
Objetivo	Determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en la población de San Martín de Piura, en el periodo de mayo a septiembre del 2017.

II. TITULO

Prevalencia de las enfermedades discapacitantes, de la población de San Martín de la ciudad de Piura, en el período de Mayo a Setiembre del 2017.

III. RESUMEN

Deficiencia es, según la OMS, toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, De una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia O aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o Estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

El Trabajo de Investigación se realizó en la población de San Martín de Piura tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes En el periodo de mayo a septiembre del 2017.

En la metodología: la información Fue obtenida mediante encuestas que se realizó a las personas que asistieron a la Convocatoria abierta, realizada en el Distrito, el diseño tuvo un enfoque cuantitativo, Descriptivo no experimental, transversal y prospectivo. La población en general que Asistió fue de 619 personas, de los cuales se tomó como muestra 80 individuos Con enfermedades discapacitantes, de acuerdo con los criterios planteados.

Análisis de los resultados: la población más afectada es la del sexo femenino Con un 59%; hubo predominio de diabetes con 37%, hipertensión arterial con 31%. Se concluye que se deben tomar medidas de acuerdo a los servicios de atención Primaria, hacer planes, programas de prevención de las enfermedades con mayor Prevalencia en el sector.

Palabras Claves: PREVALENCIA, PREVENCIÓN, DIABETES E HIPERTENSIÓN.

IV. ABSTRACT

Deficiency is, according to the WHO, any loss or abnormality, permanent or temporary, of a Psychological, physiological or anatomical structure or function. Includes the existence or Appearance of an anomaly, defect or loss of a limb, organ or Body structure or a defect in a functional system or body mechanism.

The research work was conducted in the population of San Martin de Piura was aimed at Determining the prevalence of disabling diseases in the period from May to September 2017.

In The methodology: the information was obtained through surveys that were made to people who Attended the open call, held in the District, the design had a quantitative, descriptive, non-Experimental, transversal and prospective approach. The general population that attended Was 619 people, of which 80 individuals with disabling diseases were taken as a sample, In Accordance with the proposed criteria.

Analysis of the results: the most affected population IsThat of the female sex with 59%; there was a predominance of diabetes with 37%, hypertension With 31%. It is concluded that measures must be taken according to the primary care services, Making plans, prevention programs for diseases with greater prevalence in the sector.

Key words: PREVALENCE, PREVENTION, DIABETES AND HYPERTENSION.

V. INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un término que a nivel mundial sigue siendo complejo y discutido por su amplio abordaje, “se la enfoca en diferente manera y diversos ámbitos lo que tiene que ver con las actividades necesarias para subsistir de forma independiente en su vida cotidiana” (Monteverde, Peranovich, & Zepeda, 2014, p. 2). En algún momento de la vida cada persona manifiesta algún tipo de discapacidad, las personas de la tercera edad tienen un mayor riesgo de discapacidad. A nivel mundial las enfermedades crónicas, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y los trastornos mentales aumentan las discapacidades, según el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2014, p. 11).

La prevalencia de discapacidad, son datos que ayudan a conocer los aspectos y factores de una población específica, construir cuadros completos de discapacidad y funcionamiento. Sin esta información es difícil determinar cuáles son las condiciones de interacción con las barreras y el alcance de la discapacidad. Una persona con el mismo tipo de discapacidad puede tener diferentes tipos y grados de restricción en una sociedad (*World report on disability*, 2011, p. 24).

El asunto de la discapacidad tiene un sin número de factores no favorables que repercuten con problemas al nivel social, económico y educativo de estas personas. Los estudios de prevalencias no son realizados frecuentemente en las poblaciones a nivel mundial, son imprecisas por lo que se las realiza después de periodos largos, no hay colaboración de los habitantes y no existen voluntarios que realicen este tipo de investigación.

La prevalencia de discapacidad a nivel global”se estima que más de mil millones de persona viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial, según estimaciones de la población mundial del año 2010” (CONADIS, 2014, p1Se realizará una investigación, donde se determinará las enfermedades discapacitantes existentes en San Martín de Piura. Una vez obtenida la información se plantearán propuestas preventivas, dirigidas a la población con mayor índice en la comunidad.

En el marco teórico hace referencia, a la historia de la discapacidad, principales enfermedades discapacitantes de San Martín de Piura, el rol del fisioterapeuta en dichas patologías y la estructura de la encuesta.

En el marco legal se encuentran aquellos artículos que amparan los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito de la salud, según la Constitución del Perú, Ley Orgánica de Discapacidades.

En el marco metodológico se detalla las herramientas y técnicas utilizadas para conocer la prevalencia de las personas con discapacidad en el sector de San Martín de Piura.

5.1 Justificación

El trabajo de Investigación determinara la prevalencia de enfermedades discapacitantes de la población de San Martín de Piura ubicada al noroeste de la ciudad de Piura, en el periodo de mayo a septiembre. La cual carece de asistencia sanitaria, por lo que la falta de los servicios prioritarios ocasiona problemas de salud.

Según la OMS las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre ellas encontramos las enfermedades cardiacas, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y los infartos, siendo las principales causas de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2017c, párr. 1).

Las personas con alguna enfermedad crónica o de alto riesgo puedan tener complicaciones al no ser tratadas o tener un control adecuado, que puede conllevar a la muerte o adquirir un tipo de discapacidad que lo haga dependiente de los miembros de la familia, ocasionando problemas socio- económicos.

Por lo cual consideramos pertinente este estudio de recolección de datos que se realizará por medio de una encuesta dirigida a la población en general enfocándonos en las enfermedades discapacitantes, lo cual va a proporcionar datos concretos que servirán para el diseño de estrategias de prevención a la población objeto, para mejorar su condición física y disminuir el riesgo de padecer una discapacidad.

5.2 Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término genérico discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones de las actividades, y las restricciones de la participación, considerando como un fenómeno completo que se relaciona entre las propiedades del organismo y el entorno social.

El 15% de la población mundial, aproximadamente más de mil millones de personas tienen un tipo de discapacidad, la tasa de discapacidad está incrementando, debido al envejecimiento de los individuos y de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Aun existiendo una demanda mayor de asistencia sanitaria a las personas con discapacidad, obtienen menor acceso e insatisfacción, por lo que conllevan una mala salud, adquiriendo problemas secundarios a la enfermedad. En los últimos años en el país, se han creado políticas públicas que buscan la inclusión de la población con discapacidad, reconociendo así sus derechos a la salud, la educación, la rehabilitación, la accesibilidad, el deporte, el trabajo, el empleo y la protección social. Además, los programas sociales como Qali Warma, Cuna Más, Pensión 65 y el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres, JUNTOS, han incrementado su registro de beneficiarios, llegando estos programas a la población con escasos recursos. En un país como el Perú, con una diversidad de etnias, es importante conocer, cómo la población se identifica a sí misma, es decir, como la población reconoce que las comunidades o grupos humanos a través de sus valores y prácticas culturales, se diferencian unas de otras. A nivel nacional en el año 2014, el 4,4% de la población, presenta algún tipo de discapacidad o limitación de forma permanente que le impide desarrollar normalmente sus actividades diarias. A nivel de región natural, la Sierra presenta el 4,8% de población con alguna limitación, seguido de la Costa, con 4,3% y la Selva, con 3,6%.

A nivel nacional en el año 2014, del total de población que tiene alguna discapacidad o limitación de forma permanente que le impide desarrollar normalmente sus actividades, los mayores porcentajes se encuentran en las limitaciones siguientes: para moverse o caminar, para usar brazos o piernas (2,2%), para ver (1,2%), entender o aprender (1,1%) y en menos del 1,0% se encuentran las personas con discapacidad o limitación para relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas y personas con limitaciones para hablar o comunicarse.(Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú)

Desde hace varias décadas, los censos de población y vivienda, son primordiales como fuentes de información a nivel mundial, analizan las características demográficas y socioeconómicas, e identifican las demandas sociales y de salud. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), tienen un papel importante para identificar la prevalencia de las personas con discapacidad en la población. Los censos en América Latina y el Caribe se realizan en años similares, siendo probables diferenciar las transformaciones en el tiempo y entre países (CEPAL, 2014, pp. 3-4). En los países Latinoamericanos existe la ausencia de una estadística estable (Villacís & Carrillo, 2012, p. 7).

En América Latina existe 85 millones de personas con discapacidad, pero solo el 2% recibe una respuesta a sus diferentes necesidades, según datos del Programa Regional de Rehabilitación de la Organización Panamericana de Salud (OMS, 2006, párr. 1).

El presente estudio de investigación se desarrollará en San Martín de Piura en el distrito 26 de octubre, ubicada en el oeste de la ciudad de Piura, con una población de 130,000 Habitantes, de las cuales no cuenta con los servicios básicos.

5.2.2 Formulación del Problema

¿Cuál será la prevalencia de las enfermedades discapacitantes, en la población de San Martín del distrito de 26 de octubre de Piura?

5.3 Marco Referencial

“Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú”, tuvo como objetivo **“Determinar la prevalencia de hipertensión y diabetes en habitantes de los distritos de Lima metropolitana y El Callao en Perú”** (Revilla, López, Sánchez, Yasuda, & Sanjinés, 2014, párr. 1). El método del estudio fue Transversal Analítico a los habitantes de 15 años de edad de dicho lugar, fueron seleccionados mediante parámetros de estudios realizados como peso, sexo, talla, presión arterial y niveles de glucosas entre otros. Los resultados obtenidos fueron el 62% correspondiente al sexo femenino, Obesidad (Masculino 16.3 % y Femenino 21.5%), Hipertensión Arterial (Masculino 17.4% y Femenino 14.9%) Y Diabetes (Masculino 3.8% y Femenino 4.0%). Los resultados de este estudio **“mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial y obesidad, así como una moderada prevalencia para diabetes. Estos resultados pueden utilizarse como referencia para intervenciones de salud pública y monitorear su impacto”** (Revilla et al., 2014, párr. 1).

“Un estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina” que tuvo como objetivo realizar una evaluación sobre como realizan las encuestas para hacer un análisis de las personas con discapacidad del 2001 al 2009. En el estudio se tomaron en cuenta los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay. Obtuvieron como resultados la discapacidad motora es más prevalente, en personas mayores de 65 años de sexo masculino, con bajo nivel educacional siendo la principal causa es la enfermedad crónica (Neves & Álvarez, 2014, párr. 1).

“La discapacidad en Colombia: una mirada global”, cuyo objetivo es conocer los aspectos demográficos y epidemiológicos de la discapacidad en Colombia, donde se realizó una investigación “de los aspectos epidemiológicos, legislativos, de formación de recursos humanos en áreas de rehabilitación y de investigación en base de datos gubernamentales e institucionales de cada uno de los aspectos indagados” (Agudelo & Seijas, 2012, párr. 2). Obteniendo como resultado un 6.3% discapacidad física y visual que son originadas por una enfermedad crónica y que existe una disminución en las condiciones educativas, laborales y de atención en salud y rehabilitación para las personas con discapacidad en ese país (Agudelo & Seijas, 2012, párr. 2).

5.4 Marco Teórico

5.4.1 Discapacidad

Se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia” (Padilla, 2010, p. 399).

5.4.2 Historia de la discapacidad

5.4.2.1 Prehistoria y antigüedad

Las personas con discapacidad al no valerse por sí mismo y no contribuir a la sociedad se presumen que eran abandonados o asesinados. Pero existen evidencias de la prehistoria de varios esqueletos que habían tenido algún tipo de discapacidad con una trepanación, que se refería a realizar una herida a nivel del cráneo que servía para que el mal se alejara, esto era considerado una medida curativa.

A diferencia del antiguo Egipto se encontró en una momia férula a nivel de los miembros inferiores, en Asia y África existieron varios métodos para tratar a las personas con discapacidad, como dejar a los niños en el bosque, arrojarlo al río sagrado Ganges, otros los utilizaban para espantar a los demonios La sociedad China utilizaba en la discapacidad motriz técnicas como masajes. Los hebreos consideraban a la discapacidad como una marca del pecado.

5.4.2.2 Edad media

Influenciado por el cristianismo, era condenado las personas que asesinaban a los recién nacidos, pero las personas con discapacidad también eran rechazadas por autoridades civiles y religiosas. Las personas con problemas mentales o neurológicos se los consideraban endemoniados y se le practicaba exorcismos. Pero también en este tiempo se consideraban que eran enviados por Dios para que las personas sin discapacidad realicen obras benéficas a cambio de purificarlos por sus pecados. En la edad alta media por el alto porcentaje de personas con discapacidad se creó varias instituciones a cargo de los religiosos Las instituciones psiquiátricas se crearon en el siglo XV (Valencia, 2014, pp. 3-4-7).

5.4.2.3 Edad moderna

En esta época con el renacimiento nace el humanismo y desarrollan la medicina y las prótesis, fue en el siglo XVI cuando se inventan la primera prótesis mecánica de mano que realizaba los movimientos pasivos de flexión y extensión de muñeca. En esta época disminuye el poder de la iglesia lo que obliga al cierre de algunas instituciones benéficas, a pesar de estos avances las personas con discapacidad aún seguían sufriendo. Se crean hospitales donde se practicaba técnicas manuales e instrumentales para las manipulaciones vertebrales, y se realiza el primer libro mundial sobre los ejercicios corporales.

5.4.2.4 Edad contemporánea

En el siglo XVIII se trataba a las personas con discapacidad con rechazo, se abandonada a los niños con discapacidad e incluso se compraban para la mendicidad y trabajos forzosos. El filósofo Diderot escribe sobre la competencia intelectual y física de las personas con discapacidad visual. En esta época en París se comenzó a trabajar con letras grabadas en madera y posteriormente en papel grueso, además se abre por primera vez una escuela para personas con discapacidad auditiva y existen avances sobre la hidrocefalia.

En la ortopedia existe un avance quirúrgico para beneficio de las personas con discapacidad física, y dos progresos en la rehabilitación como los ejercicios que ayudan al crecimiento de los niños y para mejorar las desviaciones de la columna vertebral, también se establece en Suiza el primer lugar para el tratamiento locomotor dejando en el pasado las amputaciones innecesarias.

En el siglo XX Estados Unidos progresa en el tema de discapacidad con legislaciones favorables y se crean asociaciones de los familiares y de las personas con discapacidad, se identifican nuevas enfermedades y derechos limitados. Después de la segunda guerra mundial los países participantes crean instituciones para el tratamiento de los combatientes que sufrieron alguna secuela causando alguna discapacidad. Después la Organización de las Naciones Unidas (ONU) autoriza el programa internacional de rehabilitación de minusválidos, la rehabilitación implicaba a los familiares y a la sociedad haciendo prioridad a las personas con discapacidad.

La OMS crea la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías, y en el 2001 aprueba la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de

la salud (CIF). En la actualidad los derechos de las personas con discapacidad van tomando mayor fuerza sin cuestionamientos de la sociedad (Ledesma, 2008, pp. 187-193).

5.5 Clasificación de las enfermedades

Existen cuatro tipos de discapacidades: física, sensorial, intelectual y psíquica.

5.5.1 Discapacidad física

Es un trastorno del aparato locomotor, por causa de un déficit del sistema nervioso, osteoarticular y muscular. Su etiología puede ser múltiple, puede surgir en la fase prenatal, durante esta etapa la madre puede adquirir infecciones como la rubeola, sarampión, la sífilis, además intoxicaciones por varios factores como anemia, insuficiencia cardíaca que puede causar al feto espina bífida, amputación, parálisis cerebral, entre otras, en la fase perinatal la más frecuente es la hipoxia, la prematuridad y traumatismo y en la fase postnatal que pueden ser traumatismo, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares (Aguilar, 2013. p. 27).

5.5.2 Discapacidad sensorial

Engloba a las personas con deficiencia visual y deficiencia sensorial.

5.5.2.1 Discapacidad visual

Se define a la falta parcial o total de la capacidad visual, se subdivide en cuatro niveles visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera (OMS, 2014, párr. 2).

5.5.2.2 Discapacidad auditiva

La Organización Mundial de la Salud define “como una pérdida total o parcial de la audición, cuyo sentido del oído no es normal, puede ser leve, moderada, grave o profunda” (OMS, 2017d, párr. 4). Afectan a uno o ambos oídos, el mayor porcentaje de las personas con este tipo de discapacidad se da en los países de ingresos medianos o bajos (OMS, 2017d, párr. 1).

5.5.3 Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual se define a la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa (OMS, 2017e, párr. 17).

5.5.4 Discapacidad psicosocial

Entre las principales enfermedades tenemos, trastorno de bipolaridad, trastorno esquizoafectivo y depresión. Los trastornos mentales causan considerable

problema en la salud de las personas y consecuencias a nivel socioeconómico (OMS, 2017f, párr. 20).

5.6 Enfermedades discapacitantes

5.6.1 Osteoporosis

Es una patología que afecta al sistema esquelético caracterizado por la pérdida de masa ósea y una alteración de la estructura, lo que afecta la resistencia ósea, teniendo como consecuencia la fragilidad e incrementa el riesgo de fracturas. La remodelación ósea está encargada por un conjunto de células que destruyen

pequeñas partes del hueso y luego son sustituidas por un tejido óseo nuevo, este proceso tiene dos funciones aumentar la resistencia y asegurar la disponibilidad de minerales tales como el calcio, fosforo o magnesio que son transportado del hueso al líquido extracelular (Sosa, 2010, p. 4).

Es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, pero la ausencia de la sintomatología causa que se diagnostique después de una fractura. Algunos estudios han comprobado que el 95% de los pacientes no presentaba un diagnóstico de osteoporosis previo a la fractura (Muños, 2010, p. 5). La causa de la osteoporosis es dada por 2 tipos de alteraciones:

La primera se debe al establecimiento de un balance negativo; la segunda en un aumento del número de unidades de remodelación, que da lugar a lo que se define como el aumento del recambio óseo a osteoporosis en sí misma, no duele ni produce ningún tipo de sintomatología. (Sosa, 2010, p.5)

La clínica y el tratamiento viene relacionada con las fracturas puede brindar una exploración física rigurosamente normal. Las fracturas osteoporóticas se producen en cualquier localización, las fracturas por fragilidad sea cualquiera se considera osteoporótica (Sosa, 2010. p. 6).

5.6.2 Artrosis

American College of Rheumatology (ACR) lo define como “un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares los cuales se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares” (Arias, 2014, p 175).

Es la consecuencia de factores mecánicos y biológicos que desequilibra el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral. Puede comenzar por múltiples factores entre los que se incluyen factores genéticos, ambientales, metabólicos y traumáticos. Los factores de riesgo van a depender según la articulación afectada y son la edad, genética, sexo, obesidad y la nutrición (Rodríguez, Palomo, Bartolomé, & Hornillos, 2014, p.689).

Se desencadena una alteración fisiológica en el cartílago que se caracteriza por el aumento del catabolismo y disminución de la formación, que da como consecuencia un desgaste, teniendo como resultado una condición inflamatoria, este proceso favorece a la síntesis de óxido nítrico, citocinas, proteasas y los radicales libres, activando las metaloproteasas 2, 3, 13 quienes condiciona la degradación de la membrana extracelular del cartílago articular, causa la muerte de los condrocitos, libera los factores de necrosis tumoral alfa e interleucina que afecta más el cartílago y a las estructuras adyacentes (Espinosa et al., 2013, p. 69).

Artrosis de rodilla son dolor de rodilla. Osteofitos, liquidad sinovial, rigidez matutina < 30 min, crepitación. Artrosis de Cadera dolor de cadera, osteofitos, reducción del espacio articular. Artrosis de Mano dolor, rigidez de mano, tumefacción.

El diagnóstico y la graduación de la intensidad de la artrosis se realizan normalmente a partir de los datos clínicos y la imagen radiológica. El primer paso para el diagnóstico es saber si la clínica que presenta el paciente es debida a la artrosis de esa articulación o a otras causas como bursitis, artritis, tendinitis, osteocondritis disecante femoral, hiperlaxitud, quiste poplíteo, patología de los ligamentos cruzados. Se debe de tener los siguientes criterios clínicos (Rodriguez et al., 2014, p. 690).

5.6.3 Artritis reumatoide

Enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, progresiva, que provoca una afección articular e incapacidad, cuando no es diagnosticada y tratada debidamente. Su característica es poliarticular simétrica y afecta a las articulaciones periféricas, normalmente no existe daño en las articulaciones proximales pero si existe algunos casos. La incidencia es de 0.6% a 1%, es común en mujeres de 40 y 50 años (Morales, 2013, p. 523).

Su etiología es desconocida, es vinculada con los factores genéticos del alelo HLA DR4 y el complejo de histocompatibilidad clase II (7, 8, 10,11), pero estos factores no explican completamente la aparición de esta enfermedad, lo cual varias teorías relacionan los factores genéticos con factores ambientales, como infecciones, virus Epstein-Barr (EBV), retrovirus, parvovirus B19, virus de la hepatitis C, Mycobacterium tuberculosis y el micoplasma proteus (García, 2014, p.127).

Su primera alteración parece ser una reacción inflamatoria inespecífica, sin conocer el estímulo que lo desencadena. Se va a presentar en forma de una inflamación autoinmune sinovial, causada por la infiltración de las células inflamatorias normalmente de las células T y macrófagos a la membrana sinovial, implicando una lesión microvascular y un incremento en el número de células de revestimiento sinovial e inflamación perivascular por células mononucleares, después avanza hasta el cartílago adyacente y al hueso lo que origina una destrucción articular (Morales, 2013, p. 524).

Esto no es específico ya que no todas las personas con artritis reumatoide manifiestan en esta forma, por lo que también se estudia la relación con esta alteración otros anticuerpos, tal como anti-CCP y el ANA. Los pacientes sin control o con la enfermedad presentada agresivamente según estudios tienen 10 años menos de vida, asociados de deterioro funcional y progresión hacia la discapacidad. Los síntomas principalmente son astenia, debilidad generalizada y musculo-esqueléticos inespecíficos, como avanza la patología se van presentando los síntomas más específicos como la alteración poliarticular en forma simétrica (García, 2014, p.128).

Su síntoma principal es el dolor en las articulaciones comprometidas, otros síntomas son la tumefacción, pérdida de la sensibilidad, rigidez por inactividad. Al inicio el dolor e inflamación disminuye el movimiento articular, lo que ocasiona una deformidad. La desviación radial de la muñeca y la desviación cubital de los dedos, con subluxación palmar de las falanges proximales, hipertensión de la articulación interfalángica proximal con flexión compensadora de interfalángica distal, deformidad por flexión de las articulaciones Interfalángicas proximales por extensión de las Interfalángicas distales, son las deformidades más frecuentes.

Las manifestaciones extrarticulares, compromete cualquier sistema por ser una enfermedad multiorgánica, incrementando la mortalidad. Los nódulos reumatoides se localizan en lugares de presión como la bolsa olecraneana, en el área proximal del cubito, son indoloros de consistencia firme, adheridos a planos profundos (Morales, 2013, p. 525).

Las complicaciones frecuentes son la pericarditis enfermedades pulmonares, neuropatías por atrapamiento, mielopatía cervical, mononeuritis múltiple y polineuropatías. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque por los síntomas no específicos, se puede observar en una etapa avanzada, se realizan historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos (García, 2014, p 134).

5.6.4 Alzheimer

Es una encefalopatía degenerativa primaria. Una de sus principales características son los trastornos de memoria, que van evolucionando, se relaciona con otras funciones cognitivas y trastorno conductuales, llevando a las personas con esta enfermedad a un estado de dependencia (Fontán, 2012, p. 36).

Su etiología es desconocida aun, los científicos deducen que se puede producir por una combinación de susceptibilidad genética y los factores ambientales, relacionando los factores de riesgo como la edad. "Otros estudios establecen otros factores de riesgo el nivel de instrucción bajo, la presencia del Alelo E4 de la

lipoproteína E, el sexo femenino, también riesgo patologías vasculares y el estilo de vida” (Fontán, 2012, p.38).

El principal síntoma en la mayoría de las personas con esta enfermedad es el trastorno de memoria, en algunos casos el primer síntoma son trastorno de lenguaje o dificultad visio-espacial que va evolucionando. Las alteraciones según cómo evolucione esta enfermedad irán apareciendo principalmente en la función ejecutiva y de lenguaje como las praxias y gnosis. Su progreso se va dando de las actividades más complejas a las más básicas de la vida diaria (Brusco, 2016, p. 25).

Después las personas con Alzheimer van a desarrollar trastorno conductuales volviéndose apático, el interés en las actividades irán bajando. Va a existir una psicorrigidez agresiva, intolerante e irritables, en esta etapa la depresión también es común (Acosta et al., 2012, p. 92)

Con la progresión la sintomatología se dificultará al paciente pierde el interés de realizar su higiene, no escogerá una vestimenta adecuada, y seguirán aumentando los trastornos conductuales, como la agresividad, delirio incluso agitación psicomotriz, trastornos en la marcha. El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer es totalmente clínico, se deben obtener el historial completo, evaluación mental, pruebas de laboratorio en general y exámenes mentales y físicos. (Fontán, 2012, p. 32).

5.6.5 Diabetes mellitus

La OMS la define como una enfermedad crónica que se manifiesta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando no es utilizado correctamente por el organismo la insulina. Al no ser tratada y controlada debidamente, tiene como efecto hiperglucemia que es el aumento de la glucosa en la sangre (OMS, 2017a, párr. 1). Se clasifica en:

Diabetes Tipo 1: Las células beta son destruidas por un proceso autoinmune del cuerpo lo que deriva la deficiencia de insulina. Las manifestaciones clínicas suelen aparecer en la pubertad, si la función se perdió en alto grado, siendo de importancia la terapia con insulina para poder sobrevivir. Pero la forma de manifestarse también puede ser de progresión lenta sin necesitar insulina y suele aparecer en las primeras etapas de la adultez.

Diabetes tipo 2: Se manifiesta en personas con diferente resistencia a la insulina y también una deficiencia en la producción de insulina siendo predominante o no, estos fenómenos deben relacionarse en un momento para que exista la elevación de glucosa en la sangre, aunque científicamente no existe marcadores que identifique cuál de los dos defectos predomina en el organismo, la obesidad también interfiere en la resistencia a la insulina, mientras que en la pérdida de peso existe una reducción en la producción de la hormona (Roses, & Rosas, 2009, p. 14).

Las complicaciones que se pueden presentar son retinopatías, nefropatías, neuropatías somáticas afectan con mayor grado a los miembros inferiores a la parte sensitivo-motor como calambres, sensibilidad alterada y las neuropatías autonómicas puedes presentar diarrea, estreñimiento y gastroparesia (Casal, & Pinal, 2014, p. 3).

5.6.6 Hipertensión

La hipertensión arterial es un incremento anormal de la presión arterial. La OMS considera hipertenso a las personas que tengan la presión igual o superior a 140/90mmhg. Es uno de los factores de riesgos de aterosclerosis, enfermedad vascular periférica y de insuficiencia cardiaca y renal, y es una de las principales causas de los eventos cerebro vascular, según la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI).

“Los síntomas que se presentan son infartos de miocardio, disminución de la capacidad de ejercicio, problemas para respirar, inflamación de los pies, reducción de la fuerza muscular en los miembros, dolor de cabeza nocturno, disfunción eréctil, calores intensos, taquicardia, etc.” (SVMI, 2017, párr. 6).

El diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica en el caso de los adultos se la debe tomar 2 o más veces y debe estar “por encima de los valores normales que es mayor o igual a 140/90 milímetros de mercurio. Y en los casos de los niños se ven los valores establecidos de la tensión arterial normal con respecto a la edad” (SVMI, 2017, párr. 1).

5.7 Rol del fisioterapeuta

El rol del fisioterapeuta forma parte del equipo multidisciplinario para la rehabilitación del paciente, se considera que:

La Fisioterapia ocupa el quinto lugar dentro de las profesiones de la salud y se destaca de éstas por ser la única que se ha comprometido con el tratamiento no invasivo para prevenir y tratar ciertas patologías, manejar limitaciones de estructuras y/o funciones corporales, mejorando las actividades cotidianas y la participación en los roles de la vida de cada individuo. (Pinzón, 2014, p 4)

Según *Australian Physiotherapy Association* (APA, 2012, p. 2) El rol del fisioterapeuta para personas con enfermedades crónicas es importante, Porque su ayuda puede garantizar con seguridad su autocuidado, optimiza su nivel físico y promueve un mejor estilo de vida. El aporte

de este profesional se da de diferentes maneras, como en la promoción de la salud trabajando en actos públicos, dentro de instituciones como hospitales, clínicas, servicio ambulatorio y rehabilitación privada, trabaja en las diferentes etapas de la enfermedad, lo que permite que pueda proporcionar información y orienten a quienes sufran una enfermedad crónica o tenga el riesgo de desarrollarla.

Las intervenciones de los fisioterapeutas son variadas desde ayudar a las personas con enfermedades pulmonares crónicas, por medio de la rehabilitación cardiopulmonar, complicaciones de cáncer que es tratada con terapia física compleja, e incluso determina terapia de ejercicios que ayuda a las personas con diabetes a tener un mejor control de glucosa, rehabilitación cardiaca, brindan propuestas terapéuticas en secuelas de eventos cerebro- vasculares, previene caídas que reduce el riesgo de fracturas, actúan en la disminución del dolor, mejora el rango funcional y fuerza muscular. Los fisioterapeutas tienen la capacidad necesaria para prevenir y manejar las comorbilidades y las complicaciones de las enfermedades crónicas.

5.6.1 Encuesta

Las encuestas sobre discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macro-encuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

5.6.1.2 Encuesta Instituto Nacional de Estadística de España 2008

Esta encuesta abarcó una gran parte de las necesidades de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Las metodologías cumplen las recomendaciones de la OMS y las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de la encuesta.

“El objetivo general de la encuesta es atender la demanda de información para el Sistema Nacional de Dependencia, proporcionando una base estadística que permitiese guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia” (INE, 2010, p. 105).

“El enfoque del estudio son las necesidades de información actualizada sobre personas con discapacidad es evidente no sólo porque la dependencia ha tomado la dimensión del problema social de primera magnitud, sino también porque el concepto de discapacidad se modificó” (INE, 2010, p. 11).

“Variables de clasificación edad, sexo, parentesco, país de nacimiento, nacionalidad, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, certificado de minusvalía ($\geq 33\%$), relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad de la empresa y provincia de residencia” (INE, 2010, p. 5).

5.7 Marco Legal

5.7.1 Constitución Política del Perú

Ley General de la Persona con Discapacidad LEY N° 27050

LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD CAPITULO I DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.-

Finalidad de la Ley La presente Ley, tiene por finalidad establecer el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con Discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural, Previsto en el Artículo 7 de la Constitución Política del Estado.

5.7.2 Ley Orgánica de Discapacidades

Artículo 2.-

Definición de la persona con discapacidad La persona con Discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la Pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o Sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de Realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales Limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y Oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.

Artículo 3.- Derechos de la persona con discapacidad La persona con Discapacidad tiene iguales derechos, que los que asisten a la población en General, sin perjuicio de aquellos derechos especiales que se deriven de lo Previsto en el segundo párrafo del Artículo 7 de la Constitución Política, de la Presente Ley y su Reglamento. **Artículo 4.-** Papel de la familia y el Estado La Familia tiene una labor esencial frente al logro de las acciones y objetivos Establecidos en esta Ley. El Estado ofrecerá a la familia capacitación integral (Educativa, deportiva, de salud, de incorporación laboral, etc.) Para atender la Presencia de alguna discapacidad en uno o varios miembros de la familia.

5.8 Hipótesis

Las enfermedades discapacitantes con mayor prevalencia en la población de San Martín del departamento de Piura, son las crónicas degenerativas osteomusculares, cognitivas, metabólicas y cardiovasculares.

5.9 Objetivos

5.9.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en la población de San Martín de Piura, en el periodo de mayo a septiembre del 2017.

5.9.2 Objetivos Específicos

1. Delimitar el grupo población objeto de estudio, de acuerdo con los criterios establecidos en la investigación.
2. Identificar las enfermedades discapacitantes en la población de estudio mediante la aplicación de una encuesta de discapacidad del Instituto Nacional de estadística de España.
3. Analizar la presencia de enfermedades discapacitantes más frecuentes en la población de estudio, mediante la base de datos obtenida.
4. Diseñar estrategias de prevención a la población objeto para mejorar su Condición física y disminuir el riesgo de padecer una discapacidad.

VI METODOLOGIA DEL TRABAJO

6.1 Identificación y Clasificación de variables

En la determinación de las variables del presente Trabajo se tomará en cuenta:

VARIABLES DE ESTUDIO: Enfermedades discapacitantes, tipos de discapacidad sexo, edad, nivel de instrucción y ocupación

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INTRUMENTOS
ENFERMEDADES DISCAPACITANTES	Diferentes patologías encontradas en Montebello	Hipertensión Diabetes Artrosis Artritis Alzheimer Osteoporosis	Encuesta
TIPOS DE DISCAPACIDAD	Los diferentes tipo de discapacidad	Física Intelectual Sensorial	Encuesta
EDAD	Rango de edad que conformarán cada grupo	Niños 0 - 11 Adolescentes 12- 17 Adultos 18 - 64 Adultos mayores \geq 65	Encuesta
SEXO	Cantidad del sexo femenino y cantidad del sexo masculino	Femenino Masculino	Encuesta
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado de estudios realizados	Analfabeto Primaria Secundaria Universitario	Encuesta
ESTADO DE OCUPACIÓN	Grado de ocupación	Activo Jubilado	Encuesta

6.2 Justificación de la Elección del Diseño

El estudio de titulación es de tipo observacional ya que se limita a la observación, medición y análisis de las variables sin ejercer un control directo en la población o muestra seleccionada. Utiliza un alcance descriptivo ya que busca especificar las propiedades, características y rasgos importantes al analizar las enfermedades discapacitantes, además describe las tendencias de un grupo o población. Con un enfoque cuantitativo que pretende comprobar la hipótesis planteada en la investigación, a base de un análisis numérico con el fin de comprobar la prevalencia de las enfermedades discapacitantes en la población de estudio. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pp. 4-104).

Prospectivo cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se van recogiendo a medida que van sucediendo, mediante la recolección de las evidencias a partir de las encuestas. El diseño de la investigación es no experimental, ya que este estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y solo se observa las variables determinadas en un ambiente natural para después analizarlos; de tipo transeccional o transversal, debido a que se hace la medición de la recolección de datos en un único momento (Hernández et al., 2014, p. 154).

6.3 Población y Muestra

La población elegida para la realización de esta investigación durante los meses mayo a septiembre de 2017, es la que habita en San Martín del departamento de Piura. De la población en general asistieron 619 individuos de todas las edades a la realización de las encuestas. De los cuales se tomó como muestra 80 individuos con enfermedades discapacitantes, de acuerdo con los criterios de inclusión. Se aplicó encuestas para la obtención de un análisis estadístico.

6.3.1 Criterios de Inclusión

6.3.1.1 Toda la población que asistieron a la convocatoria.

6.3.2 Criterios de Exclusión

6.3.2.1 Personas que no aceptaron ser partes del estudio de investigación.

6.3.2.2 Personas que no presentaron ninguna enfermedad discapacitante.

6.4 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

6.4.1 Técnicas

Observación: Es una técnica que consiste en la captación de forma sistemática de cualquier hecho, situación que se produzca en la naturaleza, sociedad o población, en función de los objetivos planteados en la investigación (Fidias, 2012, p. 70). De acuerdo con las personas que asistieron a la convocatoria se logró realizar las encuestas y así obtener los datos necesarios para la investigación.

Estadística: Técnica utilizada para la recolección, organización, presentación y análisis de datos (García, 2015, p. 90). Se presentarán los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos de cada una de las variables establecidas en el cuadro de clasificación variables como enfermedades discapacitantes, servicios de salud, tipo de discapacidad, rehabilitación, entre otras,

6.4.2 Instrumentos

Encuesta: Es un documento físico o digital en el cual estará registrados un banco de preguntas cerradas correspondientes para obtener datos necesarios para la delimitar la población a estudiar (Fidias, 2012, p. 73). La encuesta que fue adaptada a la encuesta del instituto Nacional de estadísticas 2008 en España, se tomó varios parámetros necesarios para la recolección de información sobre las personas que tengan enfermedades discapacitantes en el sector de San Martin.

Base de datos: “Las bases de datos son recursos que recopilan todo tipo de información, de un grupo de personas” (Pinto, 2015, p. 1). Una vez realizada la encuesta a la población se creó una base de datos donde se adjuntó toda la información encontrada obtenida de la población del sector de San Martin.

VII RESULTADOS

Distribución porcentual sobre los datos obtenidos sobre género y edad de la población.

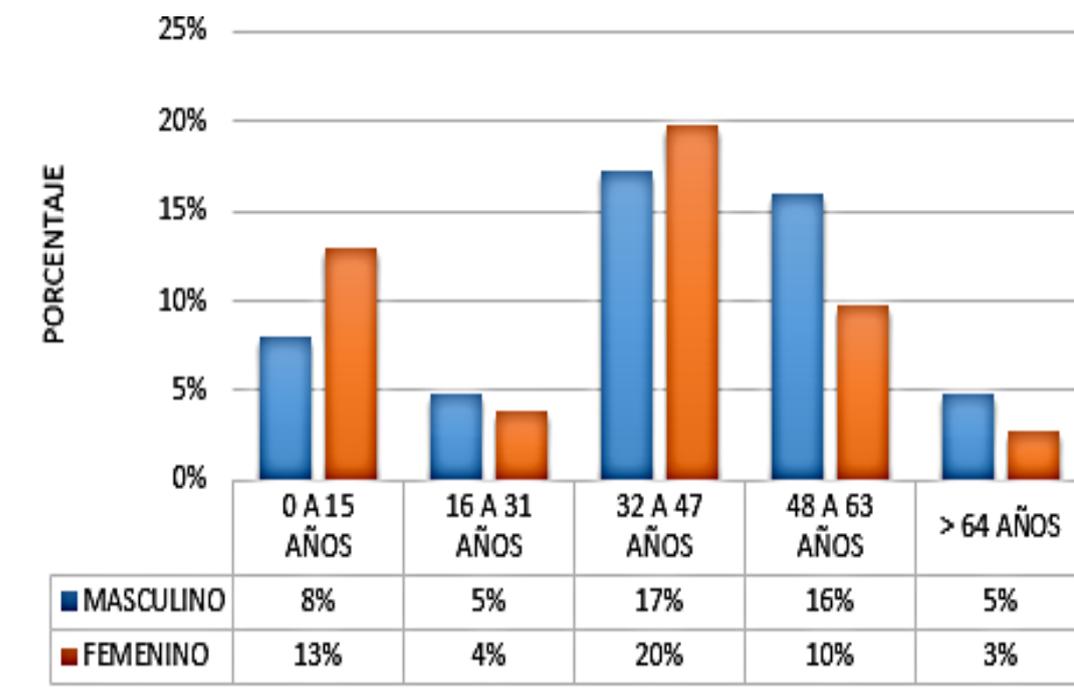


Figura 1: Observamos la distribución porcentual por grupos etareos de edades de la población. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 32 a 47 años, el 20% femenino y el 17% masculino, seguida entre edades de 48 a 63 años, el 10% femenino y 16% masculino, de menor predominancia los > 64 años, el 3% femenino y el 5% masculino.

Distribución porcentual sobre los datos obtenidos sobre género y edad de la muestra

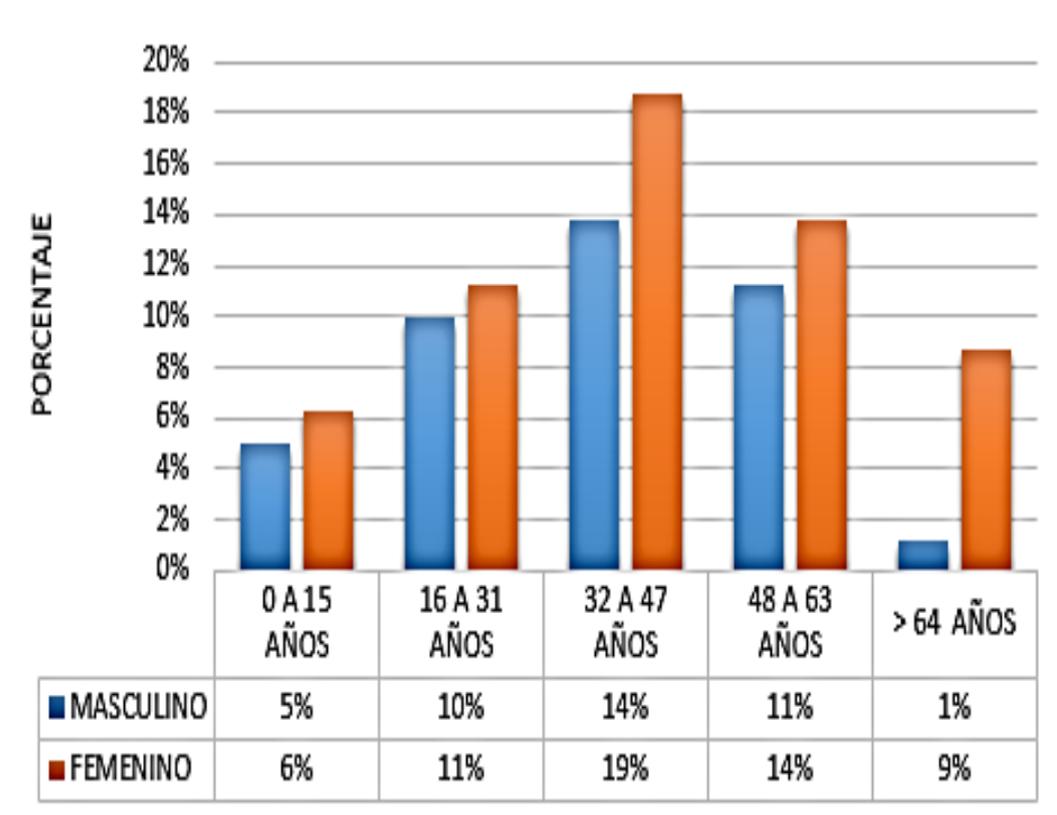


Figura 2: Observamos la distribución porcentual por grupos etareos de edades de la muestra. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 32 a 47 años, el 19% femenino y el 14% masculino, seguida de edades entre 48 a 63 años, el 14% femenino y el 11% masculino, en el último puesto los > 64 a 79 años, el 9% femenino y el 1% masculino.

Distribución porcentual de los resultados obtenidos sobre las enfermedades discapacitantes de la muestra.

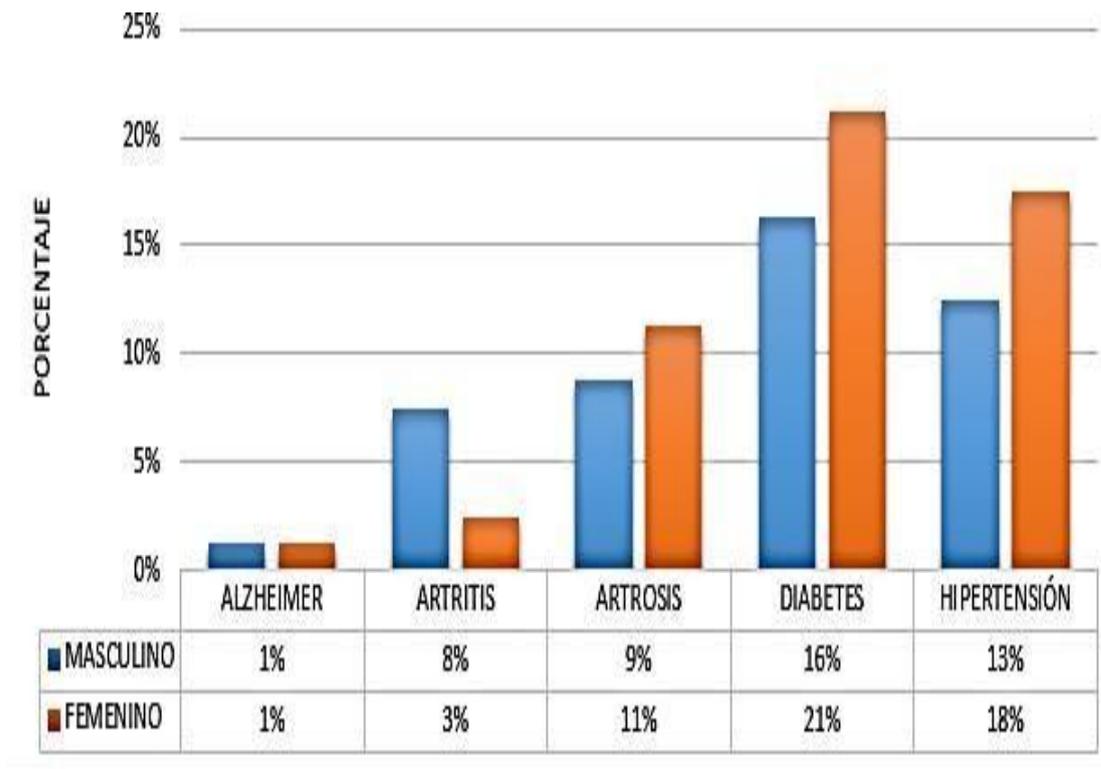


Figura 3: Observamos que las enfermedades discapacitantes encontradas en el sector de San Martín, dentro de las más frecuentes se encontró, diabetes con el 37%, el 21% femenino y el 16% masculino; seguida de hipertensión con el 31%, el 18% femenino y el 13% masculino; luego artrosis con el 20%, el 11% femenino y el 9% masculino.

Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el tipo de discapacidad de la muestra.

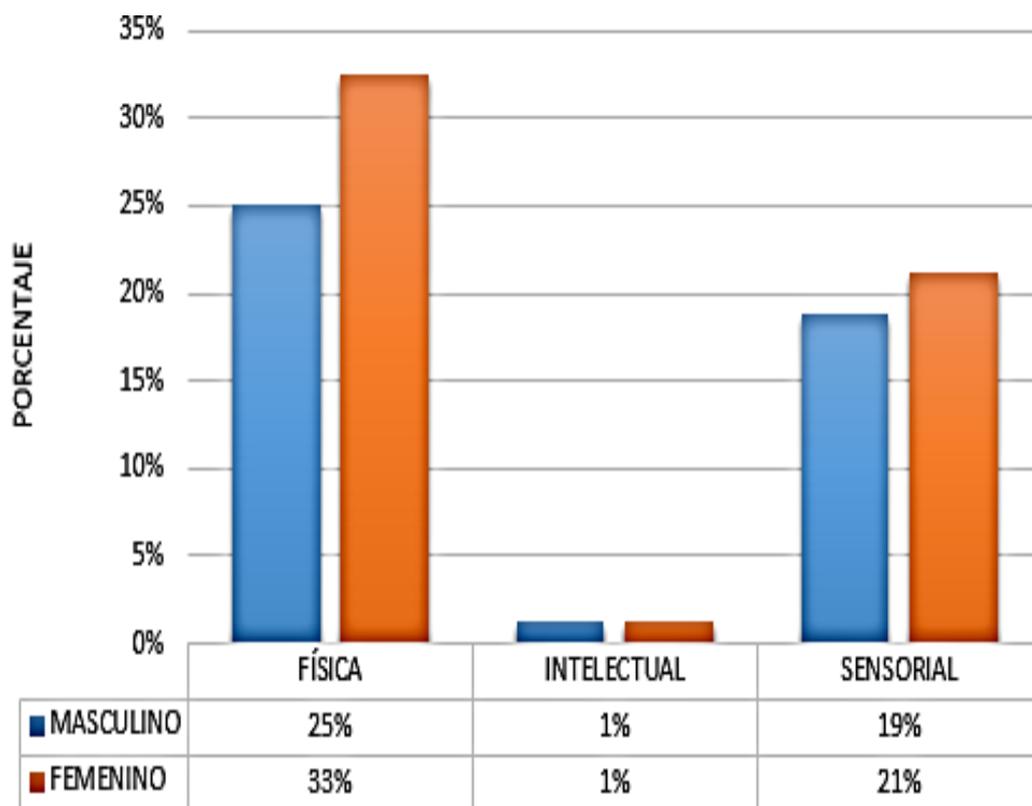


Figura 4: Observamos que el tipo de discapacidad encontrada en la muestra, dentro de las más frecuentes se encontró, la física con el 58%, el 33% femenino y el 25% masculino; seguida la sensorial con el 40%, el 21% femenino y el 19% masculino; por último la intelectual con el 2%, cada sexo con el 1%.

Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar la atención médica y rehabilitación de la muestra.

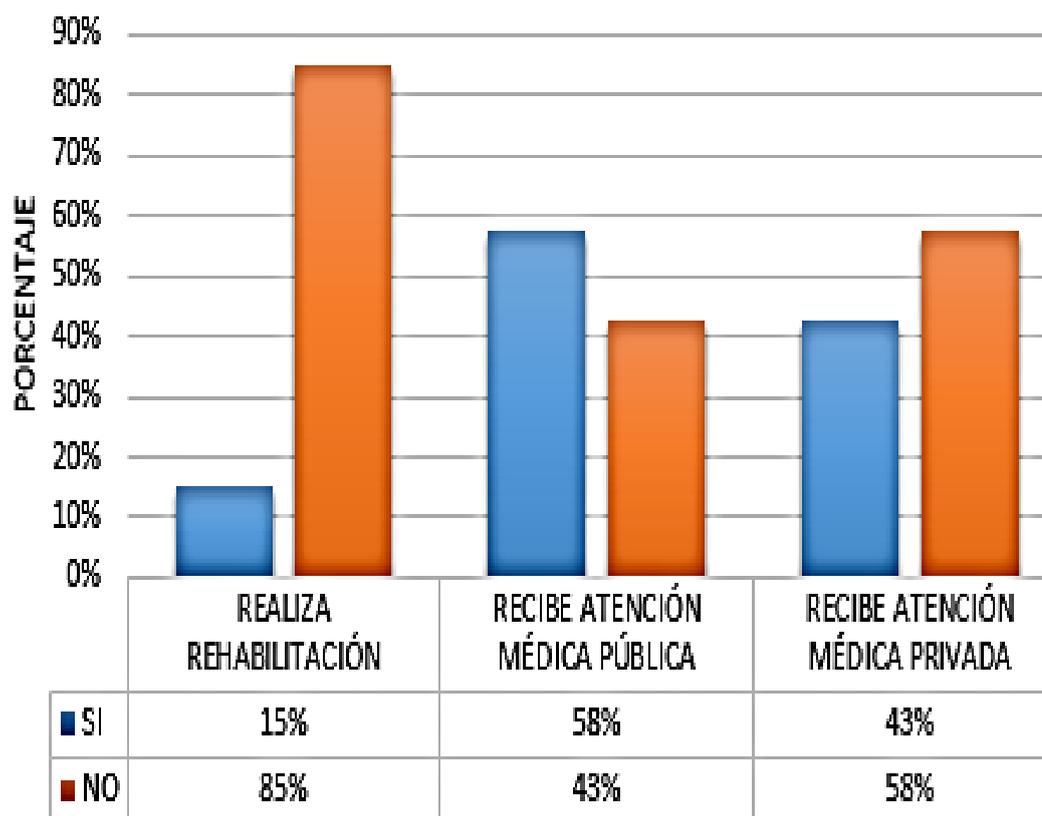


Figura 5: Observamos que el 58% recibe atención médica pública y el 43% atención médica privada. El 85% no realiza rehabilitación y el 15% realiza de la muestra encontrada.

Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el nivel de instrucción de la muestra.

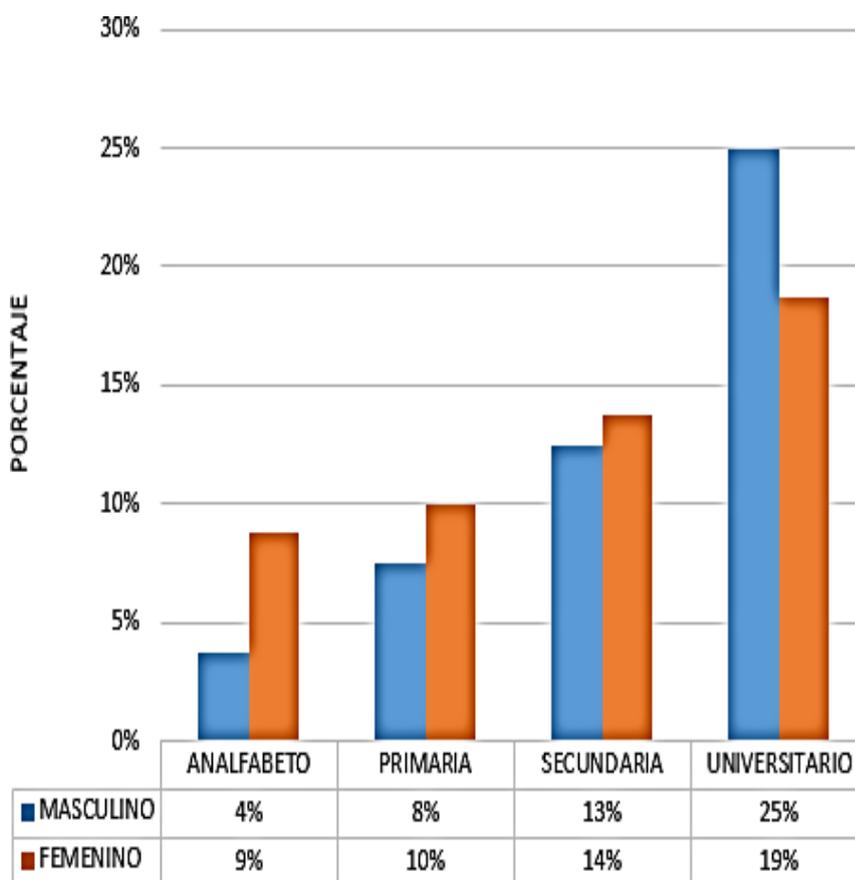


Figura 6: Observamos que el nivel de instrucción encontrado en la muestra, la de mayor prevalencia se encontró, el nivel universitario con el 44%, el 19% femenino y el 25% masculino; seguido el secundario con el 27%, el 14% femenino y el 13% masculino; por último analfabeto con el 13%, el 9% femenino y el 4% masculino.

Distribución porcentual de los resultados obtenidos en la encuesta para determinar el estado de ocupación de la muestra.

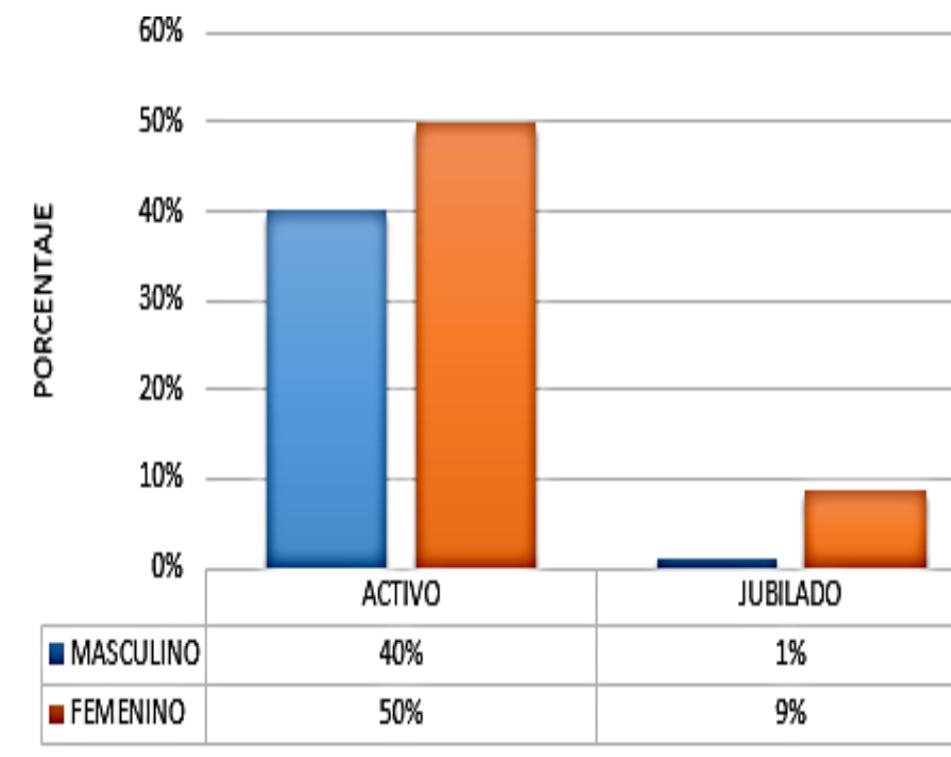


Figura 7: Observamos que el estado de ocupación encontrado en la muestra, la de mayor prevalencia se encontró, el nivel activo con el 90%, el 50% femenino y el 40% masculino; y jubilado con el 10%, el 9% femenino y el 1% masculino.

VIII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El análisis de los resultados de la encuesta realizada a 619 personas de la población de San Martín de Piura, se determinó que las enfermedades discapacitantes más frecuentes son la diabetes con un 37%, el 31% hipertensión, mientras que la artrosis con un 20%, la artritis con un 11% y finalmente el Alzheimer con un 2%.

Durante el trabajo de investigación se determinó que 80 personas tenían una enfermedad discapacitante diagnosticada, 30 con diabetes, mientras que 24 tienen hipertensión, 16 con artrosis, 8 con artritis y 2 con Alzheimer. La población más afectada es la del sexo femenino con un 59% y el masculino con un 41%.

La población que padece enfermedades discapacitantes no ha recibido una rehabilitación adecuada, careciendo de conocimientos de las medidas preventivas correspondientes, por lo que ha diseñado un programa preventivo para disminuir la discapacidad que produce estas enfermedades.

IX RECOMENDACIONES

Es necesario el estudio estadístico de las enfermedades discapacitantes de las poblaciones más desprotegidas, para tener una base de información eficaz y evitar futuras complicaciones que puedan ocasionar que se afecte la salud, el bienestar y la economía de la persona, familia o sociedad en el país.

El Ministerio de salud debe crear servicios sanitarios de primer nivel en la Población de San Martín de Piura, lo que incluye una unidad de Terapia Física para futuras discapacidades, mejorando la calidad de vida de la población con alguna enfermedad discapacitante.

De los resultados analizados de la población de San Martín de Piura se determinó que había un porcentaje de personas con enfermedades discapacitantes, por lo que se diseñó un protocolo para un programa preventivo para las mejorar las lesiones neuromusculares en las enfermedades discapacitantes de la población, queda a disposición para los estudiantes de la carrera de Tecnología Médica de Terapia Física puedan complementar nuestro Trabajo de Investigación con la aplicación de la propuesta.

9.1 Presentación de la Propuesta

9.1.1 Tema de la propuesta

Programa preventivo de lesiones neuromusculares en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio.

9.1.2 Objetivo General

Establecer un programa preventivo de lesiones neuromusculares en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio.

9.1.3 Objetivo Específicos

- Dictar charlas preventivas mensuales sobre las distintas enfermedades discapacitantes.
- Diseñar un programa de ejercicios preventivos para evitar las lesiones neuromusculares que generan estas enfermedades.

9.1.4 Justificación

En San Martín de Piura residen personas con enfermedades discapacitantes diagnosticadas, esto se determinó mediante el trabajo de Investigación realizado en la convocatoria abierta a la casa comunal para conocer la realidad del este sector, de acuerdo con los resultados estas enfermedades son: diabetes, hipertensión, artrosis, artritis, osteoporosis y Alzheimer.

Es importante la participación de los representantes de la comunidad tomar medidas de prevención, para que las personas se encuentren informadas de lo que engloba y qué medidas tomar para evitar complicaciones con el incremento de las enfermedades.

Por tal razón, mediante la propuesta “Programa preventivo de lesiones neuromusculoesqueléticas en las enfermedades discapacitantes encontradas en la población de estudio” estos ejercicios ayudarán que el paciente se mantenga activo, no tenga limitación articular, mejore su capacidad pulmonar así logrando una mejor deambulaci3n.

Recomendaciones

Antes de realizar los ejercicios es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Realizar una ficha cl3nica
2. Se debe realizar una valoraci3n teniendo en cuenta la edad, practica previa de ejercicio, tipo y frecuencia.
3. Tener control de la presi3n arterial.
4. Utilizar calzado y ropa adecuada.
5. Medicaci3n habitual al d3a.
6. La intensidad del ejercicio debe ser de baja o moderada intensidad, 4 – 5 d3as a la semana, 20 – 30 min cada secci3n

X AGRADECIMIENTO

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que día a día se preocupa mi madre por mi avance y desarrollo de mi tesis, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias a mi madre por ser la principal promotora de mis sueños, gracias a ella por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, por estar dispuesta acompañarme cada larga y agotadora noche de estudios, gracias por cada consejo y cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a Dios por cada día de vida que nos da, por bendecir mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, a las que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme amar a mi Madre Gracias a mi madre por permitirme conocer a Dios y de su infinito amor.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco Dios, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

SOTO SERNAQUE MARGARITA ISABEL

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

Acosta, D., Brusco, L., Guglielmetti, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R., Ventura, R. (2012). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana*. Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado de <http://www.renacenz.com/pdf/medicos-novedades/LaEnfermedadDeAlzheimer.pdf>

Agudelo, L., & Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(2),164-179. Recuperado de <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64>

Aguilar, R. (2013). Discapacidad Física Motora : Estudio de Casos. Recuperado http://www.minedu.gob.bo/micrositios/biblioteca/disco-1/alternativa_especial/analisis/242.pdf

Arias, A.(2014). Osteoarthritis, 6(2), 173-186. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142i.pdf>

Brusco, L. (2016). Alzahimer y otros trastornos cognitivos, 24, 25. Recuperado de <http://alzheimer.org.ar/revista/revista24-2016.pdf>

Casal, M., & Pinal, L. (2014). Guía de practica clínica de diabetes mellitus Tipo 2 10(2:2). Recuperado de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-de-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

Centro de Estudios e Investigaciones Estadísticas ICM-ESPOL.
(2006). Grupo de Sectores Municipales de Guayaquil. Recuperado de
https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/14779/43/2_SECTORES%20MUNICIPALES.pdf

Comisión Económica para América Latina. (2014). Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe
Recuperado de
<http://www.cepal.org/deype/noticias/documentosdetrabajo/0/53340/LC L3860e.pdf>

Consejo Nacional de Discapacidades. (2017). Estadísticas de Discapacidad. Recuperado
https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display_count=yes&:showTabs=y

Constitución de la República del Ecuador. (2008).
Recuperado
http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.PDF

Espinosa, R., Arce, C., Cajigas, J., Esquivel, J., Gutiérrez, J., Martines, J., Cantú, A. (2013). Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartritis. Actualización basada en evidencias, 29(1), 67-92. Recuperado
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim1311.pdf>

Fidias, G. (2012). *El Proyecto de Investogación* (6ta ed.). Episteme.

Fontán, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio Recuperado de
<http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

García, L. (2014). Avances en artritis reumatoide. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 80(1), 126-150. Recuperado de <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466>

García, R. (2015). *Introducción a la Probabilidad Imposible: Estadística de la probabilidad o probabilidad estadística*.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Recuperado de <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>

Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). Recuperado de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

Monteverde, M., Peranovich, A., & Zepeda, A. (2014). Comparación de la prevalencia de discapacidades basada en autoreportes en países de América Latina, 12, 1-112. Recuperado de <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/1511/Comparaci%3bn%20de%20la%20prevalencia%20de%20discapacidades%20basada%20en%20autoreportes%20en%20pa%3ades%20de%20Am%3a%20Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Morales, A.(2013). Artritis Reumatoide. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133y.pdf>

Muños, M. (2010). Osteoporosis. Definición. Epidemiología. Recuperado <https://www.revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/pdf/articulo/los/92010020300050007.pdf>

Neves, P., & Álvarez, E. (2014). Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4889-4898. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.17142013>

Novials, A. (2006). *Diabetes y ejercicio: Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes (SED)*. Barcelona: Mayo. Recuperado de <http://www.diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Diabetes-y-Ejercicio-%C2%B7-SED.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). OMS | Ceguera y discapacidad visual. Recuperado

de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). OMS | Discapacidad y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017a). Diabetes. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017b). OMS | Discapacidades. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017c). OMS | Enfermedades crónicas. Recuperado http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017e). OMS | Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017f). OMS | Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos, 381-441.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>

Pinto, M. (2015). Bases de datos | e-coms. Recuperado de <http://www.mariapinto.es/e-coms/bases-de-datos/>

Pinzón, I. (2014). Rol del Fisioterapeutas en la prescripción del ejercicio, *14*(1), 129-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>

Revilla, L., López, T., Sánchez, S., Yasuda, M., & Sanjinés, G. (2014). Prevalence of hypertension and diabetes in residents from Lima and Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *31*(3), 437-444. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Rodriguez,J., Palomo, V., Bartolomé, S.,&Hornillos,

M. (2014).Osteoartritis. Recuperado
https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2067_III.pdf.

Roses, M., & Rosas, J. (2009). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guías_ALAD_2009.pdf

Sociedad Venezolana de Medicina Interna. (2017). Lo que debemos saber acerca de la Hipertensión Arterial Sistémica(HAS).Recuperado
<http://www.svmi.web.ve/comunidad/has.html>

Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: De la Oposición a la Lucha por sus Derechos. Recuperado de <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>

World report on disability. (2011). Geneva: World Health Organization, Recuperado de www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

XII ANEXOS

FOTOS



ENCUESTA:

N° Domiciliario: _____

Seleccione una respuesta marcando con una X en los cuadros en blancos y especifique en los casos que se lo requiera.

1. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?

1 2 3 4 5 o más (especifique)_____.

Niño (0-11) _____

Adolescente (12-17) _____

Adulto (18-64) _____

Adulto mayor (>65) _____

2. ¿Cuántas mujeres y hombres viven en este hogar?

Mujeres _____Hombres _____

¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades?

	SI	NO
1. Lesión Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esclerosis lateral o múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Artritis reumatoide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espina bífida/hidrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accidentes cerebrovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. Autismo y otros trastornos asociados al autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Demencia de tipo Alzheimer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Qué edad tenían cuando le diagnosticaron esta enfermedad?

4. ¿Qué edad tienen? Especifique

Niño (0-11) _____

Adolescente (12-17) _____

Adulto (18-64) _____

Adulto mayor (>65) _____

5. ¿Cuál es el sexo?

Masculino Femenino

6. ¿Tiene alguna ocupación?

Sí

No

Especifique _____

7. ¿Qué nivel de instrucción posee?

Analfabeto

Primera

Secundaria

Tercer nivel

8. ¿Cuál es el tipo de discapacidad?

Intelectual

Física

Sensorial

Especifique la patología. _____

9. ¿Posee carnet de la CONADIS? En caso de poseer indique el porcentaje.

Sí No

Porcentaje _____

Tipo _____

10. ¿Recibe algún bono?

Sí No

Bono Solidario



11. ¿Recibe tratamiento médico?

Sí No

En caso de recibir.

Público Privado

12. ¿Realiza algún tipo de rehabilitación?

Sí No

Lenguaje Física Ocupacional

Psicológica/Psiquiátrica



Firma del Encuestador _____

FUENTE: Encuesta Adaptada del Instituto Nacional de Estadística de España 2008 (INE, 2010).