

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Investigación Científica
Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación



Trabajo de Investigación

**Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población
económicamente activa del Municipio de La Paz, Departamento de La paz, año
2013-2014**

Presentado por:

Dulce Indira Escalante Zavala
Número de Cuenta: 20051006913

Previa opción al Título de Doctora en Medicina y Cirugía

Revisora

Jackeline Alger, MD, PhD
Unidad de investigación Científica

Tegucigalpa, Honduras, C.A.

Mayo 2014

Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población económicamente activa del Municipio de La paz, Departamento de La paz, año 2013-2014

GRUPO INVESTIGADOR

Dra. Ana Jiménez, Dr. Wilmer Castellanos, Médicos Residentes Postgrado Medicina Física y Rehabilitación

Dra. Sonia Flores, Dra. Lucia Zúñiga, Dr. José Sierra, Docentes Postgrado Medicina Física y Rehabilitación, asesores temáticos

Dra. Edna Maradiaga, Dra. Jackeline Alger, Lic. Mauricio Gonzales, Docentes UIC, asesores metodológicos

Médicos en Servicio Social Periodo Enero 2013 – Enero 2014, Facultad de Ciencias Médicas UNAH

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH

Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH

Escuela Terapia Funcional UNAH

Secretaría de Salud

Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S.)

Asociación Hondureña de Medicina Física y Rehabilitación

Cruz Roja Hondureña

Dirección General de Desarrollo de Personas con Discapacidad (DIGEDEPDI) Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la fortaleza, sabiduría y paciencia para avanzar con paso firme estos ocho años de mi carrera y me hizo alcanzar mi meta con dignidad y orgullo.

A mi madre, porque es ella el gran pilar de mi vida, mi roca fuerte, la mujer que me ha enseñado que no hay sueños imposibles en la vida cuando se está dispuesto a trabajar y sacrificarse por ellos. Porque fue ella la primera en sacrificar sus horas de sueño, su tiempo y su trabajo por verme crecer en mis años de estudio y porque a pesar de las circunstancias de la vida nunca dejo de apoyarme.

A mis hermanas, porque son sin duda el mejor regalo de vida que cualquier persona pudiera desear, porque ellas sin ser responsables de mi sueño han tenido que soportar todo lo que un estudiante de medicina lleva consigo a casa después de las largas jornadas de estudio y trabajo.

A mi familia, compañeros y amigos. Mi familia porque son el tesoro máspreciado que tengo y a pesar que no todos podemos estar tan cerca como quisiéramos, nos mantenemos siempre unidos y en especial porque desde el primer momento creyeron que era capaz de lograr mi meta y me alentaron diciéndome siempre lo orgullosos que se sentían de mí. A mis compañeros con los que compartí largas jornadas de estudio y experiencias maravillosas e inolvidables en estos ocho años. Y por supuesto, a mis amigos; amigos de esos que uno cuenta con una mano, que sin saber porqué entraron en mi vida, se convirtieron en parte de ella y se agregaron a mis múltiples bendiciones.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme de mil maneras; por acompañarme, guiarme y cuidarme a lo largo de mi Carrera; por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, miedo y cansancio. Le agradezco infinitivamente por haber despertado en mi espíritu esa maravillosa pasión por la medicina y por permitirme amar y disfrutar cada momento de mi Carrera.

A mis maestros, por su enseñanza, orientación y consejo en especial a aquellos que sin saberlo sirvieron de inspiración en mi Carrera y que con su maravillosa forma de ser me enseñaron a ser un buen médico, un médico con empatía, ética y estima por todos los seres humanos. A estos maestros les estaré por siempre infinitamente agradecida.

A mi tutora, la Dra Jackeline Alger por su invaluable asesoría y por su paciencia. Sin ella este trabajo no hubiera podido alcanzar el valor real de un trabajo científico.

A mi madre y hermanas, por haber fomentado el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, por creer en mí, por su apoyo incondicional y por haber estado conmigo en los momentos más difíciles ayudándome a superarlos con su peculiar y magnífica forma de ser.

A José Alberto Rivera, por ser un amigo excepcional y ayudarme a superar mis miedos; por ser mi mejor testigo de vida y por alimentar mi loca pasión por la medicina.

DECLARACION DE COMPROMISO ETICO

El presente trabajo de investigación nacional titulado **Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social del periodo 2013-2014**, ha sido diseñado y planificado por la Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM UNAH en coordinación con el Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, con la colaboración de diferentes instituciones del sector público y privado de salud de Honduras, para que sea realizado en estricto apego a la metodología de la investigación y a las normas éticas para investigación biomédica.

En vista de lo anterior, yo Dulce Indira Escalante Zavala, médico en servicio social, número de cuenta 20051006913, declaro bajo juramento que he desarrollado esta investigación siguiendo las instrucciones brindadas por la UIC y el Postgrado de Medicina de Rehabilitación, desde la elaboración del marco teórico y recolección de la información, hasta el análisis de datos y elaboración del Informe Final.

En tal sentido, la información contenida en el presente documento es producto de mi trabajo personal, apegándome a la legislación sobre propiedad intelectual, sin haber incurrido en falsificación de la información o cualquier tipo de fraude, por lo cual me someto a las normas disciplinarias establecidas en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Dulce Indira Escalante Zavala

PRESENTACION

A propuesta de la Unidad de Investigación Científica (UIC) y el Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), me he adherido a la investigación titulada **Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social del periodo 2013-2014**. Dicha investigación ha sido diseñada y planificada por Dra. Ana Jiménez y Dr. Wilmer Castellanos, Médicos residentes del Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación; Dra. Sonia Flores, Dra. Lucia Zúñiga, y Dr. José Sierra, Docentes Postgrado Medicina Física y Rehabilitación; y Dra. Edna Maradiaga, Dra. Jackeline Alger y Lic. Mauricio Gonzales, Docentes UIC, para una ejecución en estricto cumplimiento del método científico así como de las normas éticas para investigación biomédica, respetando los principios de autonomía, justicia y beneficencia. Como parte de este estudio nacional y de manera particular, el presente trabajo de investigación fue desarrollado en el Municipio de La Paz, Departamento de La Paz, por ser el lugar donde realicé mi servicio médico social.

Este trabajo fue desarrollado bajo la supervisión del personal docente de la UIC y el Informe Final fue asesorado, revisado y aprobado posterior a una serie de tutorías brindadas por Jackeline Alger, MD, PhD, docente UIC, en cumplimiento al Reglamento Vigente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, previa opción a la obtención del Título de Doctora en Medicina y Cirugía, una vez concluido mi año de servicio médico social de carácter obligatorio.

Contenido

Dedicatoria

Agradecimiento

Declaración de Compromiso Ético

Presentación

Índice	Páginas
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del problema.....	3
III. Objetivos.....	4
IV. Marco Teórico.....	5
V. Identificación y operacionalización de variables.....	10
VI. Diseño Metodológico.....	18
VII. Resultados.....	26
VIII. Discusión.....	34
IX. Conclusiones.....	37
X. Recomendaciones.....	38
XI. Bibliografía.....	39
XII. Anexos.....	41

I. INTRODUCCION

La discapacidad es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países. La OMS define discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). En Honduras, los datos relacionados a la discapacidad son escasos y están desactualizados, el último estudio que se realizó fue en el 2002, por el Instituto Nacional de Estadística quien ha medido por primera vez la discapacidad en nuestro país, como resultado se encontró que había una prevalencia de 2.65% de personas con discapacidad.

Por lo anterior, la Unidad de Investigación Científica y el Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, decidieron realizar un estudio descriptivo transversal con el objetivo de analizar la prevalencia de discapacidad, los factores relacionados y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, en la población económicamente activa (PEA) de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social del periodo 2013-2014, con el fin de influir en las políticas públicas que beneficien a esta población. El presente estudio se realizó en Barrio La Trinidad, de la Ciudad de La Paz, Municipio de La Paz. Se realizó un muestreo no probabilístico de 50 casas habitadas. Se utilizaron tres instrumentos: uno para búsqueda activa de casos de discapacidad, otro para caracterizar los casos y otro para evaluar la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud. Se obtuvo consentimiento informado escrito de cada persona con discapacidad participante. Se elaboró base de datos en EpiInfo versión 3.5.4.

Se visitaron 58 casas, 50 (86.2%) habitadas y 8 (13.8%) deshabitadas. Se identificó una población de 201 habitantes, 118 (58.7%) pertenecientes al grupo de población económicamente activa, 49 (41.5%) hombres y 69 (58.5%) mujeres. Se identificaron 23 casos de discapacidad para una prevalencia de 19.5%. De las principales características identificadas se encontró que 47.8% (11) tenía entre 31 y 50 años de edad, siendo el promedio 39 años. Hubo predominio del sexo femenino con 73.9% (17) de los casos y el grado de escolaridad más frecuente entre los casos fue el de primaria completa 26% (6). La situación laboral incluyó asalariado 34.7% (8) y trabajo por su propia cuenta 26% (6). El 39% (9) se encontraba casada. Se identificó que la principal causa de discapacidad fue la adquirida 78.3% (18) y de las causas adquiridas, la enfermedad crónica representó el total de los casos (18). En cuanto a los factores relacionados a la discapacidad, estos se analizaron en relación al sexo y no se encontró ningún factor asociado significativamente, excepto el haber tenido dificultad emocional por su discapacidad que aunque no fue estadísticamente significativo, se asoció 5 veces más a las mujeres (OR 0.2, IC95% 0.02-1.3, $p=0.09$). Se identificó además que el Hospital Roberto Suazo Córdova cuenta con la mayoría de los lineamientos básicos de infraestructura para las personas con algún grado de discapacidad. Sin embargo, no cuenta con pasamanos en los pasillos, suficientes sillas de ruedas, bastones ni andadores, no hay señalización adecuada para personas con discapacidad y no hay personal capacitado ni programas de rehabilitación para ofrecer una atención de calidad.

Concluimos que la prevalencia de discapacidad identificada en la población económicamente activa estudiada de 19.5%, es mayor que el valor estimado de 10% en los estudios realizados por la OMS. Es necesario que el Hospital Roberto Suazo Córdova cuente con infraestructura adecuada y personal capacitado. Recomendamos mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad, formular una estrategia y un plan de acción nacional sobre discapacidad, estableciendo líneas claras de responsabilidad de los distintos sectores y mecanismos de coordinación, vigilancia y notificación entre ellos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se define discapacidad como término genérico que incluye alteraciones en la función y en las estructuras anatómicas (deficiencia), limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) y se estima que es alrededor de 15% de la población mundial. Los factores relacionados incluyen la edad, sexo femenino, ocupación, menor grado de instrucción así como los conflictos armados, accidentes de todo tipo, abuso de alcohol y de las drogas, violencia social, envejecimiento de la población, desnutrición, abandono infantil, marginación, pobreza, desplazamiento poblacional y Desastres por fenómenos naturales. El 80% de las personas con discapacidad vive en países pobres y tiene bajos ingresos. En Honduras los estudios sobre discapacidad son escasos; en el 2002, según el último módulo de discapacidad a nivel nacional incorporado en la XXVI Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se realizó un estudio que la midió por primera vez en el país y se encontró que existen 177,516 personas con discapacidad, las que representan una prevalencia de 2.65%. En vista de que ha transcurrido una década desde este último estudio a nivel nacional, y viendo la necesidad de obtener datos estadísticos recientes, creemos que es necesario actualizar la información.

Es por esto que proponemos realizar una investigación que permita dar respuesta a la pregunta ¿Cuál es la prevalencia de discapacidad, factores relacionados y la capacidad de respuesta de los servicios de salud en la población económicamente activa (PEA) (18-65años) de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social (MSS) del periodo 2013-2014? Se espera que los resultados de esta investigación permitan influir en las políticas públicas necesarias para la incursión de este grupo poblacional al sector laboral, político y educativo, facilitar su desempeño diario y su realización personal.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la prevalencia de discapacidad, los factores relacionados y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, en la población económicamente activa (PEA) de las zonas de influencia de los MSS durante el periodo 2013-2014 con el fin de influir en las políticas públicas que benefician a esta población.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de discapacidad en el Barrio La Trinidad, de la ciudad de La Paz, departamento de La Paz.
2. Describir las características socio demográficas de las personas con discapacidad (edad, sexo, estado civil, procedencia y nivel de instrucción, ocupación) y si ha estado o actualmente se encuentra en algún programa de rehabilitación.
3. Caracterizar la discapacidad de acuerdo a la causa, deficiencia, limitación en la actividad, restricción en la participación y su grado, identificando la que se presenta con mayor frecuencia.
4. Identificar los factores relacionados a discapacidad (edad, sexo, nivel socioeconómico, educación, ocupación).
5. Describir la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud en la atención de la persona con discapacidad (recurso humano capacitado, infraestructura adecuada).

IV. MARCO TEORICO

A. Antecedentes

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ellas son múltiples, sistémicas y varían según el contexto (1). El principio universal de la discapacidad recogido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), supone un nuevo modelo de comprensión de la discapacidad que es tomada en cuenta como un hecho multifactorial. Desde esta perspectiva, la concepción del término de discapacidad varía, y ya no se refiere solamente a la discapacidad como un problema que afecta únicamente a grupos minoritarios en los que ésta deba ser visible (2). Indudablemente la CIF tiene un impacto relevante en el campo de las políticas públicas de los países, no solamente por la posibilidad de obtener mediciones adecuadas, precisas y confiables, sino por constituirse en una herramienta de política social, de salud, de educación, etc., y para diseñar e implementar políticas acordes a la realidad de cada región que finalmente contribuyan con evidencia para los tomadores de decisiones (5).

B. Discapacidad

Discapacidad es un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social (1).

1. Definiciones:

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales

Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad: son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Factores Ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas (3).

2. Historia: La discapacidad no constituye un fenómeno de reciente surgimiento en la historia de la humanidad, por lo contrario, ha estado presente desde la aparición misma del hombre sobre la tierra. El concepto de discapacidad ha evolucionado junto con la humanidad, desde una visión animista, hasta la explicación científica y el reconocimiento de los derechos. Ni la evolución conceptual ni la reacción actitudinal se han superado por completo, consecuentemente la discusión no se ha agotado (4,7). En la Época primitiva, donde la prioridad del ser humano era sin lugar a dudas la sobrevivencia, los discapacitados eran asesinados en virtud de su nula contribución para la prosperidad del grupo. En la antigua sociedad griega y romana se contrastó el trato hacia los discapacitados, mientras en la antigua Grecia eran simplemente eliminados, en la antigua Roma se establecieron medidas para la asistencia de personas necesitadas. En Egipto y Mesoamérica los discapacitados eran apreciados pero a diferente nivel, en Egipto por ejemplo se les consideraban seres especiales pero se encontraban al servicio de los faraones sin consideración alguna y en Mesoamérica quienes padecían algún tipo de discapacidad eran considerados divinidades y eran sujetos de todo tipo de privilegios y de culto religioso. En la edad media se inició una transición con respecto al trato y cuidados de las personas

discapacitadas a través de la asistencia social organizada (a partir del siglo XVIII) y mejora de su calidad de vida (4).

3. Clasificación: La estructura que tiene la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) está dividida en dos partes:

1. Funcionamiento y discapacidad: Donde se divide a las personas con discapacidad en dos grupos, el primero según las funciones y estructura corporales afectadas y el segundo según la limitación en actividades y participación social.
2. Factores contextuales: Este grupo se subclasifica en factores ambientales y factores personales (3).

4. Aspectos epidemiológicos

La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Los cambios demográficos conducirán a un aumento mundial de la población, pero con modificaciones en su composición con una desviación hacia los grupos de adultos y ancianos expuestos a sufrir más enfermedades simultáneas y por periodos más prolongados que la población infantil. La cifra actual de 91 millones de personas de 60 años y más se duplicará en las dos primeras décadas del siglo XXI y las enfermedades cardiovasculares causarán tres veces más defunciones y discapacidades que las infecciosas (9).

4.1 Prevalencia de discapacidad a nivel mundial, latinoamericano, Honduras

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad; en un grupo seleccionado (América Latina) de 10 países para los que se hallaron datos publicados solo Brasil superaba ese valor, con una prevalencia del 14.5%. El resto de los considerados registraba valores muy inferiores, no superaban el 5% (13). En Honduras en el año 2002 el INE incorporó a su encuesta de hogares un módulo de discapacidad, donde se encontró que existían 177,516

personas con discapacidad lo que representa una prevalencia de 26.5 por mil habitantes (11).

4.2 Causas

El estudio de OPS/OMS <La salud en las Américas, 2002> divide las causas en tres grandes grupos: sanitarias, ambientales y otras (7).

4.3 Factores asociados

Los factores contextuales pueden ser externos (ambientales) o internos (personales). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, etc. Las personales son la edad, el sexo, la biografía personal, la educación, el carácter, etc. (6). En el informe del INE 2002 de Honduras los factores asociados a las personas con discapacidad fueron: Edad (mayores de 85 años), Sexo (55% hombres y 45% mujeres), geografía (zonas rurales), nivel educativo (53% sin ningún nivel educativo), analfabetismo, situación familiar (hogares menos numerosos) y los ingresos (11).

C. Rehabilitación

1. Definición

Conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad (10).

2. Infraestructura

La unidad de rehabilitación puede ser parte de un hospital o ser independiente y autónoma, preferentemente se ubicara en planta baja, con acceso directo a la calle. Los accesos a las diferentes áreas del servicio estarán libres de barreras de tipo arquitectónico y tendrá acceso directo de ambulancias. Y en general la unidad de

rehabilitación debe estar apegada a los principios normados de operación hospitalaria (10).

3. Política y legislación

Una encuesta mundial de 2005 sobre la aplicación de las normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad reveló que en el 42% de los países no había políticas de rehabilitación, en el 50% no se habían aprobado medidas legislativas sobre la rehabilitación para personas con discapacidad y en el 40% no se habían establecido programas de rehabilitación. Cerca de 70 países de ingresos bajos están comprometidos en la formulación de planes nacionales estratégicos de combate para la pobreza, pero es inconsistente la inclusión de personas con discapacidad y se mantiene un criterio proteccionista (7). En el 2001 en Honduras se incorporó un inciso sobre la problemática de discapacidad en la estrategia de reducción de la pobreza (11) y en el 2005 se crea por medio del congreso nacional de la república la “Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad” bajo el decreto N° 160-2005 (12).

V. IDENTIFICACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

IDENTIFICACIÓN:

Variable dependiente:

Prevalencia: Describe la proporción de la población que padece la enfermedad que queremos estudiar, en un momento determinado.

Variables independientes:

1. Características sociodemográficas: Conjunto de características biológicas, socio económico y cultural que están presentes en la población sujeta a un estudio.
2. Causas de discapacidad: Origen explicando el porqué de los fenómenos.
3. Factores de riesgo de discapacidad: Toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de adquirir una discapacidad.
4. Deficiencia en funciones y estructuras: Alteración de las funciones y estructuras que pueden provocar una discapacidad.
5. Limitación en la actividad y restricción de la participación: Dificultad y exclusión que presenta una persona para desarrollar sus labores diarias y participar en la sociedad a causa de una alteración.
6. Grado de discapacidad: Grado de dificultad para realizar una actividad.
7. Rehabilitación: Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental y sensorial optimo que permita compensar la pérdida de una función y proporcionarle una mejor integración social.
8. Capacidad de respuesta de la unidad de salud: Posibilidad de dar atención a las necesidades por medio de insumos y personal capacitado.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Índice
Prevalencia	Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población que presentan una característica o evento momento o en un período determinado		P= N° de personas con discapacidad detectada en la búsqueda activa de casos / número de habitantes entre 18 y 65 años detectados en la búsqueda activa.	Número de casos presentes.
Características socio-demográficas	Son el conjunto de características biológicas, socio económico cultural que están presentes en la población sujeta a un estudio.	-Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha. -Sexo: Característica física que diferencia a un hombre de una mujer. -Estado civil: Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. -Procedencia: Origen,		-Años - Hombre -Mujer. -Soltero/a -Casado/a -Divorciado/a -Viudo/a -Unión libre Separado/a -Municipio

		principio de donde nace o se deriva algo. Puede ser urbano o rural. -Nivel educativo: El número de años de educación formal. - Situación laboral: es aquella en que las personas cumplen un trabajo determinado ya sea remunerado o no o no tienen trabajo.	- Departamento -Pre básica incompleta, -Pre básica completa, -Primaria incompleta, -Primaria completa, -Secundaria incompleta, -Secundaria completa, -Universitaria incompleta, -Universitaria completa. -Asalariado. -Trabaja por su propia cuenta. -Trabajo no remunerado (voluntario). -Estudiante. -Responsable de los quehaceres de la casa. -Jubilado. -Pensionado. - Desempleado por salud u otros motivos.
--	--	--	---

Causas de discapacidad	Origen explicando el porqué de los fenómenos.		Referido por el paciente o familiar.	- Violencia -accidente laboral, -accidente común -congénita, -adquirida.
Factores de riesgo de discapacidad	Toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de adquirir una discapacidad.	-Edad - sexo - nivel educativo -trauma -ocupación.	Referido por el paciente o familiar.	-Edad - sexo - nivel educativo -trauma -ocupación.
Discapacidad	Término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores "ambientales y personales").	-Deficiencias	Observación y referido por el paciente o familiar.(No se hará examen físico en algunos casos dirigido)	Funciones: ¿Qué enfermedad padece? -mentales (si/no) -sensoriales y dolor (si/no) -de la voz y el habla (si/no) -sistema cardiovascular (si/no) -digestivo (si/no) -hematológico (si/no) -inmunológico (si/no) -respiratorio (si/no) -metabólico (si/no) -endocrino (si/no) - genitourinarias (si/no)

				- reproductoras (si/ no) - neuromuscular (si/no) -esqueléticas (si/ no) - piel y las estructuras relacionadas (si/ no) Estructuras: -Sistema nervioso (si/no) -ojo (si/ no) -oído y las estructuras relacionadas (si/ no) -involucradas en la voz y el habla (si/ no) - sistemas cardiovascular (si/ no) -inmunológico (si/ no) -respiratorio (si/ no) -digestivo (si/ no) -metabólico (si/ no) -endocrino (si/ no) -genitourinario (si/ no) -reproductor (si/ no) -estructuras relacionadas con
--	--	--	--	--

		-Limitaciones en la actividad -Restricción en la participación	movimiento (si/ no) -piel y las estructuras relacionadas (si/ no) - comunicación y comprensión (Aprendizaje, aplicación del conocimiento -tareas y demandas generales) - Movilidad (leve, moderada, severa, completa) -Autocuidado (leve, moderada, severa, completa). -Actividades de la vida diaria (doméstica, ,área principales de la vida (educación, trabajo y vida económica)) -interacciones y relaciones interpersonales -vida comunitaria, social y
--	--	--	---

		-Grado de discapacidad		Cívica (leve, moderado, severo, completo) -0-4% sin problema. -5-24% ligero. -25-49% Moderado. -50-95 % grave. -96-100 % completo.
Rehabilitación	Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función y proporcionarle una mejor integración social.		Referido por el paciente	Sí/No.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

1. Área Geográfica.

El presente estudio fue realizado en el Barrio La Trinidad ubicado en la Ciudad de La Paz, Municipio de La Paz, Departamento de La Paz ubicada en la zona central de Honduras. El departamento de La Paz tiene una extensión territorial de 2,525 Km², con una población de 178,172 habitantes, aproximadamente 70.6 habitantes/Km²; posee 19 municipios, 114 aldeas y 1,143 caseríos. Los límites del municipio de La Paz son al Norte con el municipio de Ajuterique y Lejamaní; al Sur con los municipios de San Pedro de Tutule, Cane y Humuya (Comayagua); al Este con los municipios de Cane, Humuya y Villa de San Antonio (Comayagua); al Oeste con los municipios de San Pedro de Tutule, Santiago de Puringla y Santa María. La cabecera departamental, la ciudad de La Paz, cuenta con los principales servicios públicos como ser: agua, energía eléctrica, teléfono, internet, atención médica en el Hospital Dr. Roberto Suazo Córdova, un helipuerto y un estadio deportivo. Para este estudio se seleccionó uno de los barrios más grandes de la ciudad de La paz, Barrio La Trinidad, que se encuentra aledaño al Hospital Roberto Suazo Cordova y el cementerio de la ciudad, de este se escogieron los bloques con mayor densidad de casas para realizar las encuestas (ver croquis en Anexo 1).

2. Tipo de Estudio. Observacional descriptivo transversal.

3. Universo, Muestra, Muestreo, Unidad de Análisis.

Universo: El departamento de La Paz cuenta con una población total de 178,172 habitantes de los cuales 15,350 habitantes pertenecen al grupo de población económicamente activa del municipio de La paz. El universo de este estudio corresponde a toda la población económicamente activa (PEA, entre los 18-65 años de edad, del Barrio Trinidad de la ciudad de La Paz departamento de La Paz del periodo enero 2013- enero 2014. **Muestra:** De acuerdo a los datos anteriormente expuestos y según análisis estadísticos se determinó que el muestreo correspondiente a mi universo era de un total de 50 casas. Las cuales visite y aplique los instrumentos donde recolecte la información necesaria que me permitió desarrollar el seminario de

investigación e informe final como requisito de graduación. **Definición de caso de persona con discapacidad:** toda persona de 18 a 65 años de edad que padezcan desde hace un año o más de alteraciones en la estructura y función, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de cualquier grado de severidad. **Muestreo:** No probabilístico.

Los MSS asignados al Hospital Roberto Suazo Córdova determinamos el muestreo de manera coordinada a través de los siguientes pasos:

A) Elaboración de un listado de todos los barrios y colonias de la ciudad de La Paz con los siguientes criterios de inclusión:

- a) contar con >50 casas habitadas
- b) localidades con condiciones de seguridad aceptables que permitían la realización de la búsqueda activa con el menor riesgo posible para nosotros.

B) Se procedió a seleccionar aleatoriamente una localidad por cada MSS asignado al HRSC, escogiendo de un recipiente un papel doblado conteniendo un número correspondiente a los números de las localidades identificadas.

C) Se solicitó a la alcaldía municipal de La Paz el croquis de la localidad seleccionada y se verificó la distribución de las viviendas, identificando sectores.

D) Una vez seleccionado el sector, se inició la búsqueda activa de casos a partir de las casas mayormente concentradas dando cobertura de manera continua, visitas casa a casa (barrido), hasta que se cumplió con el tamaño muestral de 50 casas habitadas. Las casas deshabitadas o cerradas, se registraron pero no contribuyeron al tamaño muestral.

Unidad de Análisis: Constituida por los sujetos en edad entre 18 y 65 años residentes en el Barrio Trinidad, de la ciudad de La Paz captados a través de la búsqueda activa de personas con discapacidad. Se incluyó en el estudio todo individuo entre 18 y 65 años de edad, residente en el Barrio Trinidad de la ciudad de La Paz y que presentó discapacidad permanente ≥ 1 año de evolución. Las personas con discapacidad que no estaban comprendidas entre estas edades no se incluirán en el estudio. Se tomaron todas las personas entre 18-65 años con discapacidad que se encontraron en cada una de las casas habitadas.

4. Técnica y procedimiento de recolección de datos: La información se obtuvo mediante las técnicas de observación y encuesta tipo entrevista. Se realizó una búsqueda activa de personas con discapacidad, entrevista a las personas con discapacidad identificadas y vaciado de encuesta para determinar las características de infraestructura y personal de la Unidad de Salud.

a) Búsqueda Activa de Personas con Discapacidad: Se utilizó el Instrumento No. 1 (Ver Anexo 2) para el tamizaje y detección de personas con discapacidad. Haciendo la visita casa por casa hasta completar el tamaño muestral. El Instrumento No. 1 registro la siguiente información: instrucciones, nombres y apellidos del jefe de familia, nombre de los habitantes entre 18 – 65 años, dirección, situación de la casa visitada (habitada, cerrada, deshabitada), número de habitantes por sexo, habitantes entre 18 – 65 años por sexo, habitantes con discapacidad por sexo.

b) Entrevista a Personas con Discapacidad: la información obtenida por el instrumento 1 a través de la entrevista fue registrada en el Instrumento No. 2 (Ver Anexo 2), aplicando la clasificación WHO-DAS II de OMS basada en una conceptualización de discapacidad en poblaciones para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación experimentadas por las personas independientemente de su diagnóstico médico y que mide el grado de discapacidad de la persona en los últimos 30 días para evitar sesgo de memoria. El instrumento 2 consto de preguntas abiertas y cerradas en 5 secciones: 1) datos generales, 2) causas de discapacidad, 3) deficiencias en aparatos y sistemas, 4) limitación de la actividad, restricción de la participación, grado de discapacidad, 5) infraestructura. Para su ponderación se utilizó la escala CIF midiendo los siguientes grados:

I. No hay problema (0 - 4%).

II. Problema ligero (5 - 24%).

III. Problema moderado (25 - 49%).

IV. Problema grave (50 - 95%).

V. Problema completo (96 - 100%).

En caso que el participante no estaba apto para brindar la información, se entrevistó al jefe de familia o persona responsable. Solamente se hizo examen físico dirigido aquellas personas que lo ameritaron. La escala utilizada no requería de examen físico para medir la discapacidad.

c) Características de la Unidad de Salud: Mediante observación y entrevista a personas clave de la unidad de salud se obtuvo la información con respecto a la infraestructura y recurso humano capacitado que permitiera dar respuesta con una atención de calidad a las personas con discapacidad. La información se registró en el Instrumento No. 3 y que valoro la existencia en la unidad de salud el acceso, espacio físico, dispositivos, equipamiento y tecnología, personal capacitado, programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Se llenó un solo instrumento No.3 para el Hospital Roberto Suazo Córdova y se entregó copia del instrumento junto con el resto de las encuestas (Ver Anexo 2).

d) Validación de los instrumentos: Los instrumentos No. 1 y No. 2 fueron validados mediante la visita a cinco viviendas habitadas en una localidad diferente a las seleccionadas. Posteriormente se comunicó al equipo coordinador para informar inconsistencias y recomendar ajustes. Los médicos residentes del Postgrado de Medicina física y Rehabilitación de UNAH validaron el Instrumento No. 2 con cinco sujetos con discapacidad, y el Instrumento No. 3 en tres unidades de salud de diferente complejidad, informando a todo el grupo coordinador sobre inconsistencias y recomendaciones de ajuste. Antes de la recolección de información se contó con los instrumentos validados y en su versión final.

e) Capacitación de los MSS: Los médicos en servicio social fuimos capacitados en 5 talleres sobre temas de metodología de investigación, discapacidad y rehabilitación a través de los cuales obtuvimos los conceptos de discapacidad, los diferentes tipos de discapacidades existentes y los grados de severidad de las mismas, su identificación y los lineamientos necesarios de como registrar la información.

f) Supervisión y atención a pacientes con discapacidad seleccionados: Los miembros del grupo coordinador, residentes del Postgrado de Rehabilitación, tutores tanto metodológicos como temáticos, supervisaron la recolección de la información en sitios seleccionados aleatoriamente de acuerdo a un cronograma de actividades. Se coordinó la remisión de los pacientes a la Unidad de Salud identificados en búsqueda activa de casos ya evaluados y registrados en el estudio.

5. Tabulación y análisis de la información.

a) Entrega de Encuestas: se entregó a la Unidad de Investigación Científica los instrumentos completos y revisados. En el momento de la recepción se revisó cada uno de los instrumentos y aquellos incompletos no fueron aceptados. Se presentaron:

- 1) 12 Instrumentos No. 1 con información de 50 casas habitadas, 0 casas deshabitadas y 8 casas cerradas e información consolidada.
- 2) 23 Instrumentos No. 2 correspondientes al número de personas con discapacidad identificadas en la búsqueda activa de casos.
- 3) Un Instrumento No. 3 el cual constaba con la información correspondiente al Hospital Roberto Suazo Córdova.

b) Base de datos: Después del levantamiento de la información, los datos recopilados fueron sometidos a revisión por quienes conforman la Coordinación del Proyecto con lo cual se extendió una constancia que certificó que la información recolectada estaba completa, adecuada y descrita bajo los lineamientos indicados. Luego el 25 de Noviembre se entregaron los instrumentos validados para su respectiva digitación. Al haber sometido mediante un proceso de licitación la contratación de los servicios de una empresa para la digitación, depuración y generación de resultados y entrega en CD para su posterior interpretación, se proyectó cumplir con los tiempos planificados de manera estratégica para darle continuidad al proceso.

c) Análisis de la información: La información recopilada fue digitada en una base de datos electrónica generada con el módulo Enter parte del programa estadístico-epidemiológico Epi-Info Versión 7 (Centro de Control de Enfermedades, CDC, Atlanta,

Georgia, EUA, 2012). Una vez realizado el control de calidad de la base de datos y limpieza final, se utilizó el módulo Análisis, parte del mismo software para generar un reporte estadístico compuesto por cuadros de frecuencia y cruces bivariados, así como para generar estadística descriptiva (media, mediana, moda, varianza, desviación estándar). La prevalencia se estimó utilizando la fórmula: $P = \frac{\text{Número de personas con discapacidad}}{\text{número de habitantes entre 18 y 65 años de edad}} \times 100$. Se utilizó razón de disparidad (OR) e intervalos de confianza de 95% (IC95%) con valores de $p < 0.05$ para determinar asociación entre algunos factores y el sexo de las personas con discapacidad. Se analizaron los factores: edad (menor o mayor de 50 años); causa de discapacidad (congénita o adquirida); grado de discapacidad (ninguno/leve o moderado/extremo) para: resolver problemas y para estar de pie; dificultades debido a barreras en el entorno (si o no), invertir tiempo para buscar ayuda (si o no), dificultad emocional (si o no), invertir dinero (si o no), grado de instrucción (menos o más de 10 años), reducir nivel de trabajo, estudio o vida doméstica (si o no).

d) Promoción de la salud y divulgación de resultados.

El día 3 de diciembre se celebra cada año el Día Internacional de las Personas con Discapacidad con un tema específico. En el año 2013 el tema fue “Romper las barreras, abrir las puertas: por una sociedad inclusiva para todos.” En alusión a esta celebración, se desarrollaron actividades de promoción de la salud sobre el tema de Discapacidad y Rehabilitación, los médicos en servicio social del Hospital Roberto Suazo Córdova realizamos una pequeña capacitación sobre el tema de discapacidad, rehabilitación y formas de inclusión, brindada a todo el personal médico, de enfermería y personal administrativo de nuestra unidad de salud además de la entrega de trifolios cuyo contenido estaba basado en definición, causas, promoción y prevención de la discapacidad (Ver Anexo 3).

6. Aspectos Éticos.

El protocolo contaba con dictamen ético del Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas (CEIB). A cada persona participante se le explico el propósito del estudio y se solicitó su consentimiento escrito para participar

en el mismo aplicando Consentimiento Informado y se le brindo una copia del mismo con los teléfonos de los investigadores para responder cualquier duda (Ver Anexo 4). Se informó que la participación era voluntaria y que era posible retirarse del estudio en el momento que desearan, sin existir ningún tipo de represalia. Se aseguró la confidencialidad de la información manejada por el equipo investigador. Si la persona no era capaz de comprender la información brindada y responder por ellos mismos, un familiar o encargado podía tomar la decisión de su participación. Las entrevistas a los sujetos se realizaron, dentro de lo posible, en privado encontrándose presente únicamente un familiar que conociera el caso. De lo contrario el entrevistado permaneció solo. Además se evitó usar un lenguaje inapropiado o negativo que minimizara las aptitudes de la persona con discapacidad y así evitar alguna estigmatización o discriminación. Los pacientes encontrados con algún grado de discapacidad sin manejo médico o que necesitaban recibir soporte psicosocial fueron enviados al Centro de Salud para su evaluación y remisión al Centro de Rehabilitación más cercano. Cada unidad de salud contaba con un trifolio informativo donde se encontraba un listado de los centros de rehabilitación del país que le orientaba la localización de los mismos. La información obtenida solo se utilizó con los propósitos expuestos en este protocolo. Los datos del proyecto fueron guardados en un mueble bajo llave así mismo las encuestas se guardaron en una bodega de la UIC/FCM. Este estudio no dio ningún estipendio a los participantes en su efecto información o remisión para que le brindaran la ayuda necesaria. Todos los investigadores, docentes, residentes y médicos en servicio social, contamos con un certificado del Curso en línea Conducta Responsable en la Investigación o Curso de Buenas Prácticas Clínicas del Programa CITI, Universidad de Miami (<https://www.citiprogram.org>) (Ver Anexo 5).

7. Dificultades metodológicas

Durante la recolección y análisis de datos obtenidos no se encontró ninguna dificultad metodológica.

8. Socialización de resultados

Los resultados obtenidos en este estudio de investigación, fueron presentados en el salón de conferencias de la región sanitaria departamental #12 de la ciudad de la Paz, el día 03 de enero del 2014 en presencia de los jefes regionales, personal administrativo y de enfermería (Ver Anexo 6).

VII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos del estudio de Prevalencia de la discapacidad, factores relacionados y la capacidad de respuesta del Hospital Roberto Suazo Córdova del municipio de La Paz, Departamento de La paz, en el período comprendido entre enero del 2013 a enero del 2014.

A. Búsqueda activa de personas con discapacidad

Se visitaron 58 casas de las cuales 50 (86.2%) estaban habitadas y 8 (13.4%) cerradas. Del total de las 50 casas habitadas, se encontraron 201 habitantes, 116 (57.7%) mujeres y 85 (42.3%) hombres. Del total de 50 casas habitadas, se encontró un total de 118 personas económicamente activas, 69 (58.5%) mujeres y 49 (41.5%) hombres. Se identificaron 23 personas con discapacidad, 17 (73.9%) mujeres y 6 (26.1%) hombres, para una prevalencia de 19.5% (23/118).

B. Caracterización de personas con Discapacidad

De acuerdo a los datos sociodemográficos de la investigación, se encontró que la mayor cantidad de personas con discapacidad se encontraba en el grupo 31-50 años de edad que correspondió al 47.8% (11), siendo el promedio de edad de 39 años (rango 27 – 64). El 39.1% (9) de los casos estaba casado, el 26% (6) completó la educación primaria, el 13% (3) no completó ningún nivel de educación y solo el 8.6% (2) logró terminar sus estudios universitarios (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución por frecuencia y porcentaje de los datos socio demográficos de las Personas Económicamente activas (PEA) con discapacidad del municipio de La Paz, Departamento de La Paz, en el período enero del 2013 a enero del 2014.
N=23.

Datos sociodemográficos	N	(%)
Edad		
18-30	3	(13.0)
31-50	11	(47.8)
51-65	9	(39.1)
Rango	27 - 64	
Promedio	39	
Sexo		
Femenino	17	(73.9)
Masculino	6	(26.0)
Estado civil		
Actualmente casado	9	(39.1)
Divorciado	1	(4.3)
Nunca casado	6	(26.0)
Separado	6	(26.0)
Viudo	1	(4.3)
Grado de instrucción		
Prebásica Completa	6	(26.0)
Prebásica Incompleta	4	(17.3)
Secundaria Completa	5	(21.7)
Secundaria Incompleta	1	(4.3)
Universidad Completa	2	(8.6)
Universidad Incompleta	2	(8.6)
Ninguno	3	(13.0)
Situación laboral		
Asalariado	8	(34.7)
Trabaja por su cuenta	6	(26.0)
Trabajo no remunerado	1	(4.3)
Responsable de quehaceres	2	(8.6)
Desempleado por otros motivos	1	(4.3)
Ninguno	5	(21.7)

Para la caracterización de los casos de discapacidad según causa, deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, se identificó que la principal causa de discapacidad fue la causa adquirida en 78.3% (18) de los casos y de éstos todos debido a enfermedad común (18). De las deficiencias funcionales y estructurales las más comunes fueron las cardiovasculares 52.2% (12) seguidas de las endocrinas y neuromusculares en 17.4% (4) cada uno y solo el 8.6% (2) presentó deficiencia en estructuras relacionadas con el movimiento. En cuanto a la limitación de la actividad y restricción en la participación, se identificó que la mayoría 91.3% (21) tuvo problemas para realizar actividades de la vida diaria y que las otras áreas donde más presentaron limitaciones fueron en la movilización a su alrededor y entorno 73.9% (17), comprensión y comunicación 56.5% (13) y relación con otras personas 52.2% (12). Se identificó además que el 100% de las personas con discapacidad de este estudio no participaban en programas de rehabilitación (Cuadro 2).

De las personas que presentaron algún grado de limitación en el área de comprensión y comunicación se encontró que las actividades más afectadas fueron aprender una nueva tarea y entender lo que la gente dice 100% (4), iniciar o mantener una conversación 83.3% (5), concentrarse y hacer algo durante 10 minutos 80% (4) y dificultad para analizar y solucionar problemas 71.4% (5) todas estas actividades con un grado de limitación de moderado a severo. En el área de capacidad para moverse se encontró mayor limitación en mantenerse de pie durante 30 minutos 77.8% (7), caminar largas distancias 63.6% (7) y salir de su casa 100% (6) estos casos también con un grado de limitación de moderado a severo. De las personas que refirieron dificultad en su cuidado personal solo el 33.3% (2) refirió limitación leve para estar solo durante unos días, el resto se identificó con limitación de moderada a severa en todas las actividades del área de cuidado personal (bañarse, vestirse y comer solo). Con respecto a las relaciones interpersonales la actividad más afectada fue relacionarse con personas que no conoce 66.7% (4) con limitación de moderada a severa. (Cuadro 3A).

Cuadro 2. Características de la discapacidad en la PEA de acuerdo a la causa, deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación del Bo. La Trinidad del Municipio de La Paz, Depto. La Paz en el período 2013-2014, N=23.

Características	N	(%)
Causa		
Congénita	5	(21.7)
Adquirida	18	(78.3)
Enfermedad común	18	(100.0)
Deficiencias en la función		
Mentales	3	(13.0)
Sensoriales y dolor	4	(17.3)
Ojo	2	(8.7)
De la voz y el habla	1	(4.3)
Oído y estructuras relacionadas	1	(4.3)
Sistema cardiovascular	12	(52.2)
Digestivo	1	(4.3)
Metabólico	3	(13.0)
Endocrino	4	(17.4)
Neuromuscular	4	(17.4)
Esqueléticas	2	(8.6)
Deficiencias en la estructura		
Sistema nervioso	3	(13.0)
Ojo	2	(8.6)
Oído y estructuras relacionadas	1	(4.3)
Involucradas en la voz y el habla	3	(13.0)
Cardiovascular	12	(52.1)
Digestivo	1	(4.3)
Metabólico	3	(13.0)
Estructuras relacionadas con movimiento	2	(8.6)
Limitación en la actividad y restricción en la participación		
Comprensión y comunicación	13	(56.5)
Movilización a su alrededor y entorno	17	(73.9)
Cuidado personal	4	(17.4)
Relación con otras personas	12	(52.2)
Actividades de la vida diaria	4	(17.4)
Participación en la sociedad	21	(91.3)
Participación en programas de rehabilitación		
No	23	(100.0)

Cuadro 3A. Características de la discapacidad en la PEA de acuerdo a la limitación en la actividad, restricción en la participación y grado de severidad en el Bo. La Trinidad en la Ciudad de la Paz, Municipio de La Paz, Depto. La Paz en el período 2013-2014, N= 23.

SUJETOS CON PROBLEMAS EN	GRADO DE SEVERIDAD			
	Ninguna N (%)	Leve N (%)	Moderada a Extrema N (%)	
Comprensión y comunicación	10 (43.5)			
1. Concentrarse y hacer algo durante 10 minutos		1 (20)	4 (80)	
2. Recordar cosas importantes		4 (44.4)	5 (55.6)	
3. Dificultad en analizar y solucionar problemas diarios		2 (28.6)	5 (71.4)	
4. Aprender una nueva tarea como llegar a un lugar donde no ha estado		0 (0.0)	4 (100)	
5. Entender lo que dice la gente		0 (0.0)	4 (100)	
6. Iniciar o mantener una conversación		1 (16.7)	5 (83.3)	
Capacidad para moverse	6 (26.0)			
1. Ponerse en pie durante 30 min		3 (33.3)	7 (77.8)	
2. Ponerse de pie cuando estaba sentado		0 (0.0)	3 (100)	
3. Moverse dentro de su casa		2 (66.7)	1 (33.3)	
4. Salir de su casa		0 (0.0)	6 (100)	
5. Caminar largas distancias como 1km		4 (36.4)	7 (63.6)	
Cuidado personal	19 (82.6)			
1. Bañarse		0 (0.0)	2 (100)	
2. Vestirse		0 (0.0)	3 (100)	
3. Comer		0 (0.0)	2 (100)	
4. Estar solo durante unos días		2 (33.3)	4 (66.7)	
Relacionarse con otras personas	11 (47.8)			
1. Relacionarse con personas que no conoce		2 (33.3)	4 (66.7)	
		2 (50)	2 (50)	
2. Mantener una amistad				
3. Llevarse bien con personas cercanas		1 (33.3)	2 (66.7)	
4. Hacer nuevos amigos		0 (0.0)	2 (100)	
5. Tener relaciones sexuales		0 (0.0)	0 (0.0)	

Todas las personas con limitación en las actividades de la vida diaria refirieron un grado de limitación de moderado a severo. En el área de trabajo y estudio todos los casos se encontraban con grado de limitación leve excepto 1 (50%) caso encontrado en la actividad de acabar su trabajo tan rápido como era necesario con un grado de limitación de moderado a extremo. En el área de participación social fue donde más personas con discapacidad refirieron limitación, las actividades más relevantes identificadas con limitación fueron dificultad para vivir con dignidad y respeto por actitudes de otros 66.7% (2) con dificultad leve, invertir dinero de sus ingresos y su familia en su estado de salud 82.4% (14), invertir tiempo para su estado de salud 78.6% (11) con limitación de moderada a severa y dificultad de la familia debido al estado de salud de la persona con discapacidad 60% (3) también con limitación de moderado a extremo (Cuadro 3B).

Al analizar los factores relacionados a la discapacidad, ningún factor se asoció significativamente al sexo de las personas con discapacidad, excepto el haber tenido dificultad emocional por su discapacidad que aunque no fue estadísticamente significativo, se asoció 5 veces más a las mujeres (OR 0.2, IC95% 0.02-1.3, $p=0.09$) (Cuadro 4). Sin embargo podemos mencionar algunos datos relevantes: la proporción de mujeres con discapacidad fue mayor 73.9% (17) que en hombres 26%, se encontró mayor proporción de mujeres menores de 50 años (64%), en general la situación laboral de las personas con discapacidad de este estudio es asalariado 34.7% y trabaja por su propia cuenta el 26%, y se identificó además que son más las mujeres con grado de instrucción mayor de 10 años 47.1% (8) que los hombres 16.7% (1) (Ver Cuadro 4).

Cuadro 3B. Características de la discapacidad en la PEA de acuerdo a la limitación en la actividad, restricción en la participación y grado de severidad en el Bo. La Trinidad de la Ciudad de La Paz del municipio de La Paz, Depto. La Paz en el período 2013-2014, N=23.

PROBLEMAS PARA	GRADO DE SEVERIDAD			
	Ninguna		Moderada a	
	N (%)	N (%)	Extrema	
	N	(%)	N	(%)
Actividades de la vida diaria	19 (82.6)			
1) Cumplir con quehaceres de la casa	0	(0.0)	2	(100.0)
2) Realizar bien los quehaceres de la casa más importantes	2	(50.0)	2	(50.0)
3) Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	1	(33.3)	2	(66.7)
4) Acabar con los quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	1	(33.3)	2	(66.7)
Si trabaja o estudia	21 (91.3)			
1) Realizar su trabajo diario	2	(100.0)	0	(0.0)
2) Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo	2	(100.0)	0	(0.0)
3) Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	2	(100.0)	0	(0.0)
4) Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	1	(50.0)	1	(50.0)
Participación en la sociedad	2 (8.7)			
1) Participa en mismo nivel que el resto en actividades de la comunidad	5	(50.0)	5	(50.0)
2) Ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno	3	(37.5)	5	(50.0)
3) Ha tenido dificultad para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otros	2	(66.7)	1	(33.3)
4) Ha invertido tiempo para buscar ayuda para su estado de salud	3	(21.4)	11	(78.6)
5) Ha tenido dificultad emocional en su estado de salud	5	(35.7)	9	(64.3)
6) Ha tenido que invertir dinero de sus ingresos y de su familia en su estado de salud	3	(17.6)	14	(82.4)
7) Ha tenido dificultad su familia debido a su estado de salud	2	(40)	3	(60)
8) Ha tenido dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	6	(54.5)	5	(45.5)

Cuadro 4. Factores asociados a la discapacidad en la PEA, de acuerdo a su sexo, en el Bo. La Trinidad en la Ciudad de La Paz, Municipio de La Paz, depto. De La Paz en el período 2013-2014, N=23.

FACTORES	Hombres, n= 6		Mujeres, n= 17		OR (IC95%) P
	N	(%)	N	(%)	
Edad (años)					
<50	3	(50.0)	11	(64.7)	0.5 (0.1-3.6)
≥50	3	(50.0)	6	(35.3)	NS
Causa de discapacidad					
Congénita	2	(33.3)	3	(17.6)	2.3 (0.3-19.2)
Adquirida	4	(66.7)	14	(88.2)	NS
Grado discapacidad para resolver problemas					
Ninguno/Leve	5	(83.3)	13	(76.5)	1.5 (0.1-17.3)
Moderado/Extremo	1	(16.7)	4	(23.5)	NS
Problemas para estar de pie:					
Ninguno/Leve	6	(100.0)	11	(64.7)	--
Moderado/Extremo	0	(0.0)	6	(35.3)	
Dificultad debido a barreras en su entorno					
Si	2	(33.3)	6	(35.3)	0.9 (0.1-6.6)
No	4	(66.7)	11	(64.7)	NS
Tiempo para buscar ayuda					
Si	3	(50.0)	11	(64.7)	0.5 (0.1-3.6)
No	3	(50.0)	6	(35.3)	NS
Ha tenido dificultad emocional					
Si	2	(33.3)	12	(70.6)	0.2 (0.02-1.3)
No	4	(66.7)	4	(23.5)	p=0.09
Invertir dinero en su estado de salud					
Si	5	(83.3)	12	(70.6)	2.1 (0.2-22.7)
No	1	(16.7)	5	(29.4)	NS
Grado de instrucción					
<10 años	5	(83.3)	9	(52.9)	4.4 (0.2-22.7)
>10 años	1	(16.7)	8	(47.1)	NS
Reducir su nivel de trabajo, estudio o vida doméstica, N= 20					
Si	1	(16.7)	0	(0.0)	--
No	4	(66.7)	15	(88.2)	

NS= No significativo

VIII. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se identificaron 23 personas con discapacidad en una población económicamente activa de 118 personas lo que se traduce en una prevalencia de 19.5%. Esta cifra es siete veces superior a la obtenida de investigaciones anteriores realizadas de nuestro país por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2002 con un 2.65% a nivel nacional (11). Esta diferencia podría explicarse por un sub-registro de los casos reales de discapacidad en el estudio del INE. En el 2011 la OMS dio a conocer su informe mundial sobre la discapacidad, el cual estima que el 15% de la población mundial, vive con algún tipo de discapacidad (1). En Latinoamérica las prevalencias más altas se reportan en Brasil 23.9%, Chile 12.9%, Ecuador 12.1%, y las más bajas en Cuba 3.3%, Honduras 2.3%, y Paraguay 0.99%. Estas cifras demuestran la importancia de la discapacidad como problema de salud pública y la necesidad de generar propuestas de atención e investigación para mejorar la función y la calidad de la vida de estas personas (13).

Se identificó como principal causa de discapacidad la causa adquirida 78.3% (18) y de las causas adquiridas la enfermedad común represento el total de los casos 100% (18). Este dato concuerda con el Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS, en donde se estima que las enfermedades crónicas representan el 66.5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos (1). Así también en Colombia, en donde se observó que la principal causa es la enfermedad crónica con un 29% (13), lo que además es favorecido por un aumento cada vez mayor de las enfermedades crónicas, el envejecimiento y la pobreza extrema (8). Con respecto a la limitación de actividades y participación social, se identificó que la mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas en nuestro estudio (91.3%), presenta algún grado de restricción en la participación de actividades sociales, y las otras áreas identificadas con limitación fueron moverse a su alrededor y en su entorno 73.9%, limitación en el área de comprensión y comunicación 56.5% y limitación en la relación con otras personas 52.2%. Estos datos son mayores en comparación con los resultados emitidos en la encuesta nicaragüense para Personas con Discapacidad (ENDIS2003), en donde las áreas identificadas con limitación fueron

53.9% en cuanto a participación, 49.9% en actividades de la vida diaria y más del 50% problemas en área de comprensión y comunicación (8).

Los factores asociados a discapacidad identificados en este estudio se analizaron en relación al sexo y cabe destacar primero que en general la proporción de mujeres con discapacidad fue mayor 73.9% (17) que en hombres 26% (6) concordando con un estudio en Nicaragua donde se reporta que la proporción de personas discapacitadas es mayor en mujeres 11.9% que en hombres 9.1% (14). Sin embargo, como dato contrastante podemos mencionar el estudio “La discapacidad en Costa Rica, situación actual y perspectivas (2004)”, donde se describe que la distribución de personas con discapacidad por sexo es mayor en hombres 52% que en mujeres 42% (15). Al analizar los factores relacionados a la discapacidad, ningún factor se asoció significativamente al sexo de las personas con discapacidad, excepto el haber tenido dificultad emocional por su discapacidad que aunque no fue estadísticamente significativo, se presentó en un valor de p límite y se asoció 5 veces más a las mujeres (OR 0.2, IC95% 0.02-1.3, $p=0.09$). A pesar de esto vale mencionar algunos datos encontrados, que aunque no se asociaron significativamente al sexo de las personas discapacitadas, se pueden comparar con estudios realizados en otros países.

En general la situación laboral de las personas con discapacidad de este estudio es la siguiente asalariado 34.7% y trabaja por su propia cuenta el 26%, si bien según estos datos son más las personas asalariadas que las que trabajan por su propia cuenta no deja de ser relevante la proporción de personas discapacitadas que trabajan por su propia cuenta en las que su situación laboral se podría explicar tal vez por los conceptos erróneos de los empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados; estos conceptos junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo en las personas con discapacidad (1). El grado de escolaridad que sobresalió fue el de primaria completa con 26%, siendo un dato común dentro del Informe Mundial sobre la Discapacidad el cual menciona que “las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen

mayor riesgo de discapacidad” (1). Aunque también se identificó que el 21.7% ha completado la secundaria y un 8.6% completo sus estudios universitarios, estos datos marcan que el nivel educativo ha mejorado en las últimas décadas, y que se pueden comparar con los datos descritos en el informe de España, Diversidad funcional en España, en donde el 24% de la población estudiada culminó sus estudios universitarios (16). El último dato relevante identificado en este estudio fue el hecho de que el 100% de las personas con discapacidad no participaban en ningún programa de rehabilitación.

Concluimos por lo tanto que es de suma importancia el registro adecuado de casos de personas con discapacidad ya que el registro inadecuado de estos casos subestiman la magnitud del problema haciendo difícil identificar adecuadamente los factores de riesgo asociados y las principales limitaciones de las personas con discapacidad y por ende la promoción, prevención y manejo o tratamiento de esta condición no llega a ser 100% adecuado. La importancia de este estudio no se basa solamente en crear la necesidad de un mejor registro de casos de personas con discapacidad sino también en tener argumentos con datos reales y confiables para impulsar proyectos de ley que mejoren la calidad de vida y atención de las personas con discapacidad.

IX. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la prevalencia de personas con discapacidad en la población económicamente activa del Bo. La Trinidad de la ciudad de La Paz, municipio de La Paz, depto. La Paz es de 19.5% (23/118).
2. Se identificaron dentro de las características sociodemográficas de las personas con discapacidad que el sexo femenino (73.9%) predomina sobre el sexo masculino (26.1%). El 39.1% de estas personas se encuentra actualmente casada, y el 26% de ellas completaron la primaria y el 13% no tienen ningún tipo de formación escolar, en este momento el 34.7% de las personas con discapacidad entrevistadas es asalariada y el 100% de ellas no ha estado ni está actualmente en algún programa de rehabilitación.
3. Se identificó la discapacidad de acuerdo a la causa, siendo la adquirida la que se destaca en un 78.3% sin registro de causas por accidente. la enfermedad cardiovascular como deficiencia predominante corresponde al 52.1%. Se identificó además que el 73.9% de las personas con discapacidad presenta limitación para moverse a su alrededor y en su entorno y que el 91.3% se ve afectado en cuanto a participación en actividades de la vida diaria.
4. Se determinó que los factores asociados a la discapacidad son sexo femenino (73.9%), la edad comprendida entre 31-50 años (47.8%), nivel educativo de primaria completa 26%, y ser asalariado 34.7%.
5. Se identificó que el Hospital Roberto Suazo Córdova de la ciudad de La Paz, cuenta con la mayoría de los lineamientos básicos de infraestructura requeridos para brindar soporte a las personas con algún grado de discapacidad, pero no posee personal capacitado ni programas de prevención, promoción y rehabilitación para ofrecer una atención de calidad a estas personas.

X. RECOMENDACIONES

A la Secretaría de Salud: Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad, formular una estrategia y un plan de acción nacional sobre discapacidad, estableciendo líneas claras de responsabilidad de los distintos sectores y mecanismos de coordinación, vigilancia y notificación entre ellos.

A la facultad de Ciencias Médicas: Incluir dentro del plan de estudios de las carreras de Medicina y Cirugía, y Enfermería una asignatura enfocada al manejo y cuidado de pacientes con discapacidad, también reforzar y apoyar la investigación sobre este tema.

A nivel regional: Mejor instrucción respecto al tema, por medio de talleres, asambleas, capacitaciones, programas de rehabilitación, etc. y además emprender campañas de educación para aumentar el conocimiento y la comprensión pública de la discapacidad.

A nivel Hospitalario: se recomienda a las autoridades del Hospital Roberto Suazo Córdova invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidad, mejorar la capacidad de recursos humano a través de una educación, formación y contratación eficaz.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la salud. Informe Mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la salud 2011.p. 7. Acceso enero 2014. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/60554799/Informe-Mundial-sobre-la-Discapacidad>
2. Moreno Fergusson ME, Rodríguez MC, Gutierrez Duque M, Ramirez LY, Barrera Pardo O. ¿Qué significa la discapacidad?. Aquichán [serial on the internet] 2006; 6(1): 78-91. Acceso Febrero 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100008&lng=en.
3. Organización Mundial de la salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud, versión abreviada. IMSERSO; 2001. Disponible en: http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf
4. Gómez-Montes de Oca V. La anomia para las personas con Discapacidad: Marco conceptual para la discapacidad, Universidad de las Américas Puebla, Abril 2005.Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ledf/gomez_m_v/capitulo3.pdf
5. Organización Panamericana de la salud. Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en estudios de prevalencia de discapacidades en las Américas. Washington, 2012. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/informeCIF.pdf>
6. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: La clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp Salud Publica 2009; 83(6): 775-783. Acceso febrero 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272009000600002&script=sci_arttext.
7. Samaniego Pilar. Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. P.e. Madrid.Comite español de representantes de personas con discapacidad. 2006. Disponible en: <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Documents/79216aa9238145598a639e0518e5d808Aproximacionalarealidad.pdf>
8. Vásquez A. La discapacidad en América Latina: Organización Mundial de la Salud, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, 2000. Acceso Enero 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>
9. Secretaria de salud. Sub secretaria de innovación y calidad. CENETEC México. Guía de equipamiento de unidad de rehabilitación. Junio 30 del 2005. Acceso en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/Rehabilitacion.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). La discapacidad en Honduras. Septiembre 2002. Acceso febrero 2014. Disponible en: http://www.prenatal.tv/lecturas/honduras/honduras_discapacidad.pdf

11. Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad. Corte Suprema de Justicia. Poder Judicial de Honduras. Acceso Febrero 2014.
Disponible en:
<http://www.iberius.org/es/AisManager?Action=ViewDoc&Location=getdocs://DocMapCSDOCS.dportal/2895>.
12. Stang Alva M. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Centro latinoamericano y caribeño de Demografía (CELADE), División de población de la CEPAL. Snt. Chile. Abril; 2011. Acceso febrero 2014. Disponible en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/43186/lcl3315-P.pdf>
13. González C., Gómez J. Información estadística de la discapacidad. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. República de Colombia Julio 2004.
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf
14. Amaya, Martínez, García. La Discapacidad en Nicaragua – Una Realidad. Información sobre la realidad No. 6, Enero 2011.
http://www.cawn.org/assets/toolkit_FEMUCADI%20doc.pdf
15. Mendieta A, Holst B. Montiel H. Campos G. La Discapacidad en Costa Rica: Situación Actual y perspectivas. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial OPS/OMS. Feb 2004.
<http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/discapacidad.pdf>
16. Ióe C. Diversidad funcional en España: “Hacia la inclusión de igualdad de las personas con discapacidad”. Revista Española de Discapacidad, I (I): pág 33-46. 2013.
<http://www.colectivoioe.org/uploads/000884afd1ac675e1e296f02c12b3e5086f5c0c3.pdf>

XII. ANEXOS

Anexo 1. Croquis de la comunidad



INSTRUMENTO No.2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social del periodo 2013-2014.
HONDURAS .C.A.**

1. Número del entrevistado _____
2. Nombre del entrevistador: _____
3. Fecha de la entrevista: _____
4. Lugar _____
5. ¿Cuántas personas habitan en la casa? _____
6. ¿Cuál es la unidad de salud que visita? _____

I. DATOS GENERALES.

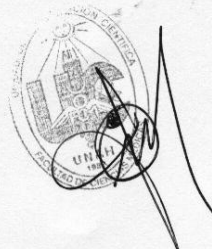
Instrucciones: a continuación se le presentaran una serie de preguntas las cuales deberá contestar encerrando solo una respuesta.

1. ¿Qué edad tiene? _____

Sexo: a. Femenino b. Masculino.

2. Grado de instrucción

- a) Pre básica incompleta.
- b) Pre básica completa.
- c) Básica incompleta.
- d) Básica completa.
- e) Secundaria incompleta.
- f) Secundaria completa.
- g) Universidad incompleta.
- h) Universidad completa.
- i) Ninguno.



3. ¿Cuál es su estado civil actual?

- a. Nunca ha estado casado.
- b. Actualmente casado.
- c. Separado.
- d. Divorciado.
- e. Viudo.
- f. Viviendo en unión libre.

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?

- a. Asalariado
- b. Trabaja por su propia cuenta
- c. Trabajo no remunerado (voluntario)
- d. Estudiante
- e. Responsable de los quehaceres de la casa
- f. Jubilado
- g. pensionado
- h. Desempleado por salud
- i. Desempleado por otros motivos
- j. Ninguna (no trabaja y no estudia)
- k. Otras: Especifique _____

II. CAUSAS DE DISCAPACIDAD.

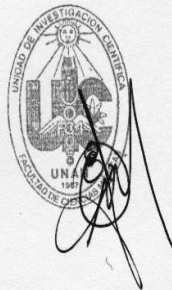
Instrucciones: en las siguientes preguntas conteste no o si según sea el caso, en las que responde afirmativamente pasar a contestar el cuadro colocado abajo anotando el número según el grado de dificultad que tenga.

1. ¿Cuál es la causa de su problema?

- a) Congénita.
- b) Adquirida.

Si contesta afirmativamente adquirida indicar tipo:

- a) Violencia
- b) Accidentes: Laboral: _____ Común: _____
- c) Enfermedad común



III. DEFICIENCIAS EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS.

*Ir a anexo # 1

	Funciones	Si	No		Funciones	Si	No
a)	Mentales			i)	Metabólico		
b)	Sensoriales y dolor			j)	Endocrino		
c)	De la voz y el habla			k)	Genitourinarias		
d)	Sistema cardío- vascular			l)	Reproductoras		
e)	Digestivo			m)	Neuromuscular		
f)	Hematológico			n)	Esqueléticas		
g)	Inmunológico			o)	Piel y las estructuras relacionadas		
h)	Respiratorio						

	Estructuras	Si	No		Estructuras	Si	No
a)	Sistema nervioso			h)	Digestivo		
b)	Ojo			i)	Metabólico		
c)	Oído y las estructuras relacionadas			j)	Endocrino		
d)	Involucradas en la voz y el habla			k)	Genitourinario y reproductor		
e)	Cardiovascular			l)	Estructuras relacionadas con movimiento		
f)	Inmunológico			m)	Piel y las estructuras relacionadas		
g)	Respiratorio						

IV. Limitación de la actividad, restricción en la participación, y grado de discapacidad.

Instrucciones: en las siguientes preguntas conteste no o si según sea el caso, en las que responde afirmativamente pase a contestar en el cuadro colocado abajo anotando el número según el grado de dificultad que tenga. Si es no pase a la siguiente pregunta.

*Ir a anexo # 2

1. Comprensión y comunicación: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿tiene problemas para concentrarse y hacer algo durante diez minutos?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿tiene problemas para recordar cosas importantes que tiene que hacer?

No ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿tiene dificultad en analizar y solucionar los problemas diarios?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿tiene problemas para aprender una nueva tarea como llegar a un lugar donde nunca ha estado?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

5. ¿tiene problemas para entender lo que dice la gente?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

6. ¿tiene problemas para iniciar o mantener una conversación?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



2. Capacidad para moverse en su alrededor o entorno: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿Tiene problemas para estar de pie durante largos periodos de tiempo como por Ejemplo 30 minutos?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿Tiene problemas para ponerse de pie cuando estaba sentado?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿Tiene problemas para moverse dentro de su casa?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



4. ¿Tiene problemas para salir de su casa?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

5. ¿Tiene problemas para caminar largas distancias como por ejemplo 1 Km?

no ____

si ____

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. Cuidado personal: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿tiene problemas para bañarse (lavarse todo el cuerpo)?

no___

si___

leve moderada severa extrema
1 2 3 4

2. ¿tiene problemas para vestirse?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



3. ¿tiene problemas para comer?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿tiene problemas para estar solo durante unos días?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. Relacionarse con otras personas: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

*Ir a anexo # 3

1. ¿Tiene problemas para relacionarse con personas que no conoce?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿Tiene problemas para mantener una amistad?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿Tiene problemas para llevarse bien con personas cercanas a usted?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿Tiene problemas para hacer nuevos amigos?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

5. ¿Tiene problemas para tener relaciones íntimas?

no___

si___

No aplica___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

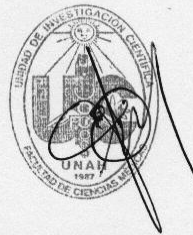


5. Actividades de la vida diaria: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido para:

No aplica _____

Vida domestica

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Completa
5.1 Cumplir con los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
5.2 Realizar bien los quehaceres de la casa más importantes	1	2	3	4	5
5.3 Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	1	2	3	4	5
5.4 Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	1	2	3	4	5



Si trabaja o estudia: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

*Ver pregunta 5 de la sección No.1

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema
5.5 Realizar su trabajo diario	1	2	3	4	5
5.6 Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo	1	2	3	4	5
5.7 Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	1	2	3	4	5
5.8 Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	1	2	3	4	5

6. Participación en sociedad: en los últimos 30 días.

1. ¿Ha tenido dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de personas en actividades de la comunidad (fiestas, religiosas u otras)? S í ____ No ____ No aplica ____

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema
6.1 ¿Ha tenido dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad? (fiestas, religiosas u otras)	1	2	3	4	5
6.2 ¿Ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno?	1	2	3	4	5
6.3 ¿Ha tenido dificultad para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
6.4 ¿Ha invertido tiempo para buscar ayuda para su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.5 ¿Ha tenido dificultad emocional en su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.6 ¿Ha tenido que invertir dinero de sus ingresos y de su familia en su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.7 ¿Ha tenido dificultad su familia debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.8 ¿Ha tenido dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5

1. ¿Ha estado recibiendo atención por algún programa de rehabilitación?

Sí ____ No ____

INSTRUCCIONES:

Entregar tarjetas número 1 y 2 al paciente desde inicio de la entrevista.

Tarjeta No.1 (Tener en cuenta los últimos 30 días)

Tener dificultades en una actividad quiere decir: Aumento de esfuerzo, Malestar o dolor, Lentitud, Cambios en el modo de realizar la actividad.

Tarjeta No. 2

1	2	3	4
Leve (Aumento de esfuerzo, malestar o dolor, lentitud, cambios en modo de realizar la actividad)	Moderado (Asistencia en un 50%)	Grave (Asistencia en un 75%)	Completo (Asistencia en un 100%)



**Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población
económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en
Servicio Social del periodo 2013-2014**

INSTRUMENTO No.3

INSTRUMENTO EVALUACIÓN DE RESPUESTA INSTITUCIONAL



NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

FECHA: ____/____/____

Instrucciones: en las siguientes preguntas conteste sí o no según sea el caso.

a-) Infraestructura.

#	PREGUNTA	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Existe pasamanos en los pasillos de la unidad de salud?		
2	¿Los pasillos cuentan con la medida mínima establecida (1.80)?		
3	¿Las puertas tienen la medida mínima establecida (0.90)?		
4	¿Cuentan los baños con soportes en las paredes?		
5	¿Cuenta la unidad de salud con rampas?		
6	¿Cuenta la unidad de salud con aceras?		
7	¿La unidad de salud cuenta con sillas de ruedas, bastones y andadores?		
8	¿Cuenta la Unidad de Salud con señalización para las personas con discapacidad?		
9	¿Cuenta la Unidad de Salud con programas de prevención y promoción para las personas con discapacidad?		

b-) Capacitación del personal.

#	PREGUNTA	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Tiene la unidad de salud personal graduado en rehabilitación?		
2	¿El personal en la unidad de salud ha recibido algún entrenamiento, taller o seminario sobre rehabilitación?		

Versión Final: 10 de Octubre/2013. Página 1 de 1

Anexo 3. Charla sobre discapacidad al personal del Hospital Roberto Suazo Cordova
el día mundial de la Discapacidad



Anexo 4. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA
POSTGRADO DE MEDICINA DE REHABILITACION**

**Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población
económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio
Social del periodo 2013-2014**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Responsables:

Dra. Ana Jacqueline Jiménez Dilworth. Tel: 99020262

Dr. Wilmer Castellanos Dubón. Tel. 97934876

**Co-investigadores: Dra. Edna Maradiaga, Dra. Jackeline Alger, Dra. Sonia Flores,
Lic. Mauricio, Gonzales, Dr. José E. Sierra, Dra. Lucía Zúñiga.**

El Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, y la Unidad de Investigación Científica a través de los mss de la Facultad de Ciencias Médicas y el I.H.S.S, están realizando una investigación para saber cuál es la Prevalencia de Discapacidad y factores relacionados en la población de 18 a 65 años nivel nacional en el periodo 2013-2014.

Este estudio va a proporcionar información de la situación de las personas con discapacidad, factores relacionados así como la capacidad de respuesta de los centros de salud a nivel nacional, los hallazgos encontrados permitirá sugerir recomendaciones para reorientar los programas en cuanto a la promoción, prevención y la rehabilitación de las personas con discapacidad. Esta información está siendo recolectada por personal de salud debidamente capacitado en el tema.

Por tal razón se le solicita participar en el estudio, si usted decide colaborar deberá firmar un documento donde se dice que usted entendió lo que se le explico y accede a contestar preguntas sobre su salud, su vida personal, sus relaciones con otras personas en la sociedad y el hogar. Se le dará la copia de este documento. Estas evaluaciones se harán únicamente para dar cumplimiento a los objetivos del estudio y no se utilizaran para investigaciones posteriores.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin sufrir de ningún tipo de represalia. Los beneficios que obtendrá en este estudio son: Conocer como esta su condición de salud además permitirá saber si existe personas con estos problemas de salud en la familia. No recibirá ninguna retribución económica por su participación en este estudio pero si recibirá información y orientación sobre su estado de salud y si requiere se le remitirá

al Centro de Salud para su evaluación y posterior remisión a un centro de rehabilitación más cercano. Se le aclara que este estudio no tiene riesgo alguno.

Toda la información que dé será confidencial y solo será conocida por las personas que trabajen en el estudio; además si se llegaran a publicar los resultados del estudio su identidad no será revelada. Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes.

Yo, _____ identificado con el número de cedula _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas que se me hagan. Entiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas y evaluaciones que me harán.

Firma o huella del Participante _____

Firma o huella del Responsable (casos de discapacidad que impidan la firma)

Firma del Entrevistador _____

Lugar _____ Fecha _____

Anexo 5. Certificado curso CITI Conducta Responsable en la Investigación

www.citiprogram

English

Text size: A A

Dulce Escalante ID: 3475859 | Log Out | Help

Collaborative Institutional Training Initiative
at the University of Miami

Search Knowledge

[Main Menu](#) [My Profiles](#) [CE Credit Status](#) [My Reports](#) [Support](#)

[Main Menu](#) > [Previously Completed Coursework](#)

PABI - Honduras Reports

Responsible Conduct of Research - in Spanish..

Conducta responsable de la investigación							
Stage	Completion Report #	Passing Score	Your Score	Start Date	Completion Date	Expiration Date	Completed Modules
Etapas 1	11043697	80%	0%	08/27/2013	11/04/2013	N/A	N/A

[Conditions of Use](#) [Copyright and Disclaimer](#) [Privacy Notice](#) [Site Accessibility](#) [Site Index](#) [Contact Us](#)

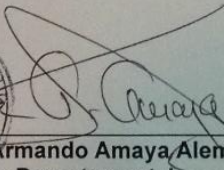
Anexo 5. Constancia de socialización

	REPUBLICA DE HONDURAS SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD REGION SANITARIA DEPARTAMENTAL No 12, LA PAZ, LA PAZ TEL/FAX. 2774- 13-84 / 2774-14-57	
---	--	---

CONSTANCIA

El Suscrito Director Regional de Salud La Paz, por medio de la presente hace constar que la: **Dra. Dulce Indira Escalante Zavala** Socializo el 03 de Enero del 2014 los resultados de la prevalencia asociados a la discapacidad en la población económicamente activa, en el Departamento de La Paz, en el periodo de enero 2013-2014.

Y para los fines que el interesado estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de La Paz a los veinte y cuatro días del mes de Febrero del dos mil catorce.


Dr. Cesar Armando Amaya Alemán
Jefe Departamental