

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**FACTORES FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE
SALUD DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL "SAN JUAN DE DIOS" AYACUCHO**

2014

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL EN:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

Bach. AYALA AYBAR, Carolina

Bach. GARCIA PALOMINO, Marily Mayummy

AYACUCHO – PERÚ

2014

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN O ABSTRAC	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
2.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES.....	12
2.2 BASE TEÓRICA.....	17
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.5. ÁREA DE ESTUDIO	44
3.6. POBLACIÓN.....	44
3.7. MUESTRA	44
3.8. TIPO DE MUESTREO	44
3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.10. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	70
ANEXOS	75

RESUMEN

Factores familiares y su relación con la situación de Salud de niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” Ayacucho 2014

AYALA AYBAR, Carolina

GARCIA PALOMINO, Marily Mayumy

La situación de salud posee dimensiones que indican las condiciones en que se encuentra una persona, en el estudio se considero aspectos como: estado nutricional, cuidado corporal y cuidado dental que son influenciados los familiares que condicionan el desempeño en las actividades que realiza el niño con discapacidad aspecto que determino la elaboración del estudio cuyo **Objetivo** fue determinar la relación de los factores familiares en la situación de salud de los niños con discapacidad; **materiales y métodos** el enfoque de estudio fue cuantitativo, tipo de investigación aplicado, descriptivo correlaciona, transversal, la población estuvo conformada por niños con discapacidad de la institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios ” de Ayacucho y la muestra estuvo conformada por 34 niños según criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico, intencional; los **Instrumentos** fueron encuesta estructurada, test de APGAR familiar, test de autoestima, hoja de evaluación de cuidado corporal y ficha de evaluación dental. **Resultados** la situación de salud en niños con discapacidad fue inadecuado en el 76.5% y adecuado en 23.5% de los casos. El 44.1% presenta retardo mental y síndrome de Down respectivamente. Los factores familiares relacionados a la situación de salud del niño con discapacidad presenta inadecuada situación de salud ($P < 0.05$)

Palabras claves: Factores familiares, la situación de salud, niños con discapacidad.

ABSTRACT

Family factors and their relationship with the state Child Health with disabilities in Basic Educational Institution Special "Juan de Dios "Ayacucho 2014

AYALA AYBAR, Carolina

GARCIA PALOMINO, Marily Mayumy

The health situation has dimensions that indicate the conditions under which a person, the study aspects as consider is: nutritional status, body care and dental care are influenced family that influence performance on activities of the child disability aspect that determined the development of study whose objective was to determine the relationship of family factors on the health situation of children with disabilities; Materials and methods The study approach was quantitative, type of applied research, descriptive maps, cross-sectional population consisted of children with disabilities in Basic Educational Institution Special "San Juan de Dios" of Ayacucho and the sample consisted of 34 children as inclusion criteria. The probabilistic sampling was not intentional; Instruments were structured survey, family APGAR test, self test, evaluation sheet skin care and dental evaluation sheet. Results health status in children with disabilities was inadequate in 76.5% and adequate in 23.5% of cases. 44.1% have mental retardation and Down syndrome respectively. Family factors related to the health situation of children with disabilities has inadequate health status ($P < 0.05$)

Keywords: Family factors, health status, children with disabilities.

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mi madre, la *Sra. Elsa M. Palomino Apari* quien con su amor y tolerancia supo apoyarme y estar presente en cada momento de mi vida, en las dificultades y alegrías demostrando el gran cariño y amor de madre.

MARILY MAYUMY GARCIA PALOMINO

El presente trabajo de tesis dedico con amor a mi padre *Magno Ayala* y mi mamita *Candelaria Aybar* que son el motivo de mi superación y ejemplo a seguir por su educación enseñanza que me brindan desde mis primeros pasos en la vida .

CAROLINA AYALA AYBAR

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, por ser nuestra segunda casa donde adquirimos el conocimiento para el desenvolvimiento en la vida profesional.

A la Facultad de Enfermería y a los docentes quienes con esmero nos brindó los conocimientos y la destreza en la práctica profesional en el arte del cuidado enfermero.

A la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" por brindarnos su confianza y abrirnos las puertas de la Institución, a los padres de familia entrevistados que nos permitieron recoger sus testimonios, por su sinceridad y compromiso con nosotras

A los niños de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios", por mostrarnos su cariño y dulzura como ser humano especial.

A nuestros padres, quienes nos acompañan en el día a día de nuestro vivir.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información.

En el área de salud, un alto porcentaje de personas con discapacidad carece de la protección de un seguro médico. Los servicios de atención médica y sanitaria para las personas con discapacidad suelen

considerarse como servicios especializados elevando su costo y por lo tanto haciéndolos menos asequibles. Esto hace que muchas personas con discapacidad no accedan a un diagnóstico oportuno y tampoco a la rehabilitación.⁽¹⁾

La población costarricense alcanzó un total de 3 801 799 habitantes, de los cuales el 50% son hombres y el resto son mujeres. Por su parte, el total de la población con discapacidad equivale a un 5,35%, distribuida de la siguiente manera; 52% hombres y 48% mujeres. En sí mismo, este primer dato sobre el porcentaje de la población total con discapacidad (5,35%), es algo muy relevante puesto que la experiencia de otros países en la región y el mundo, demuestra que en los censos de población la cifra obtenida siempre oscila entre el 1% y 2%, y en general se refiere a discapacidad severa.⁽²⁾

En México, en el año 2000, cerca de 236 mil niños de 0 a 14 años tenían algún tipo de discapacidad; 35.1% presentaban una discapacidad de tipo motriz y 33.9% de tipo mental, principalmente, seguidos por la visual (15.1%), auditiva (12%) y del lenguaje (10.3%). Las causas de discapacidad en los niños, se relacionan principalmente con el nacimiento, que incluyen las genéticas y las originadas en el periodo perinatal; en orden de importancia le siguen las ocasionadas por las enfermedades.⁽³⁾

En la actualidad en nuestro país se desconoce el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y

emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión.

En Ayacucho, el 5% de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años tienen discapacidad, dado que la situación de los menores con discapacidad es un hecho que amenaza con agravarse en la región, los niños que crecen en la pobreza tienen diez veces más posibilidades de sufrir algún tipo de discapacidad y menor oportunidades de superarlas. Los estudios revelan que a diferencia de los discapacitados asentados en la ciudad, los de la zona rural están condenados a no conseguir trabajo por las pocas oportunidades y a la discriminación, un ejemplo de ello son los altos niveles de exclusión educativa de la población con discapacidad, 5 veces superiores a los de la población en general. Estas cifras muestran las serias desventajas que experimentan estas personas.⁽⁷⁾

La familia como estructura ejerce mucha influencia en el desarrollo de la personalidad y en la adecuada o inadecuada formación de la autoestima. Muchas familias ya sea por ignorancia o por falta de instrucción académica, el no contar con el sentido común para educar a sus hijos adecuadamente presentan un cuadro de conductas, pautas, experiencias y modelos desfavorables para el crecimiento de la autoimagen positiva en los niños y adolescentes que están a su cargo, ya que los primeros formadores de la autoestima en los niños son los padres y personas significativas encargadas de los primeros cuidados.

La interrelación familiar y el estado nutricional indican la situación de salud que condicionan el desempeño en las diferentes actividades que realiza un niño con discapacidad, ya que se enfrentan día a día a una serie de obstáculos de diferentes tipos y que en la mayoría de las ocasiones las personas más cercanas a su entorno familiar muestran actitudes no asertivas en el trato del niño y niña con esta problemática por mencionar algunas de ellas el rechazo, la incompreensión hacia las limitaciones, no valoran los adelantos aunque sean mínimos, también se puede ver mucha comparación, logrando con esto un empobrecimiento en el sentido de valía del niño.

El presente trabajo es de vital importancia porque permite determinar la relación que existe entre los factores familiares y la situación de salud de los niños con discapacidad caracterizando a las familias de los menores y evaluando la situación de salud de los niños con discapacidad, además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, con el fin único de generar una mejor calidad de vida y bienestar en general. Conociendo todo ello es posible plantear propuestas estratégicas que permitan mejorar la condición de salud de estos niños, interviniendo conjuntamente con la familia.

Por ello se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la relación de los factores familiares en la situación de salud de los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" Ayacucho – 2014.

Los objetivos específicos planteados son:

1. Identificar el tipo de discapacidad en los niños de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" Ayacucho – 2014.
2. Identificar la situación de salud (estado nutricional, cuidado corporal, cuidado dental) en los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" Ayacucho – 2014.
3. Identificar la situación de salud de los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" Ayacucho – 2014.

Los materiales y métodos es el enfoque de estudio cuantitativo, tipo de investigación aplicado, nivel de estudio descriptivo correlacional y diseño de investigación transversal. La población estuvo conformada por los niños con discapacidad la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" de Ayacuchoy la muestra estuvo conformada por 34 niños con discapacidad. El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional. La técnica e instrumentos utilizados fueron la aplicación de la encuesta estructurada, el test de APGAR familiar, test de autoestima, hoja de evaluación de cuidado corporal, ficha de evaluación dental.

Los resultados encontrados con respecto a los objetivos planteados son: la situación de salud en niños con discapacidad fue inadecuado en el 76.5% (26) de los casos y fue adecuado en el 23.5% (8) de casos. El tipo de discapacidad que en mayores porcentajes se presentaron fueron el

retardo mental y el síndrome de Down con 44.1% (15) casos, respectivamente. La situación de salud en relación a los indicadores de salud fueron en mayor porcentaje inadecuado, siendo 55.9% (19) para estado nutricional, 67.6% (23) para cuidado corporal y 58.8% (20) para cuidado dental. Los factores asociados a la situación de salud fueron inadecuadas en la funcionalidad familiar, nivel de autoestima de los padres y antecedentes familiares de discapacidad previa ($P < 0.05$).

El capítulo II muestra los antecedentes previos de estudio realizados en relación a los variables de la presente investigación, donde los resultados se relacionan de cierto modo con los hallazgos encontrados, así mismo se describe el marco teórico tomando en cuenta la definición de cada variable. El capítulo III hace mención de los materiales y métodos empleados en el estudio, en el capítulo IV figura de forma ordenada los resultados obtenidos definidos en cuadros estadísticos, en el capítulo V se realiza la discusión de cada cuadro estadístico obtenido haciendo el confrontamiento con las bibliografías encontradas en relación a los variables de estudio y por último se presenta las conclusiones que responde a los objetivos planteados y recomendaciones respectivas en mejora del problema encontrado y en favor de la población en estudio.

CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Habiendo realizado la revisión de la literatura se identificaron algunos estudios parecidos relacionados al tema, las cuales se señalan a continuación:

El estudio titulado: "Afrontamiento del familiar al cuidado de un niño con discapacidad".⁽¹⁰⁾ Donde se plantea como objetivo principal: describir el afrontamiento del familiar al cuidado de un niño con discapacidad. Se utilizó la adaptación castellana del inventario de respuestas de afrontamiento (MOOS, 1990), el tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal, la población de la presenta investigación estuvo representada por 69 personas que corresponden al personal que cuida a los niños, llegando a la conclusión de que las madres son el principal cuidador, en su mayoría son adultos jóvenes con pareja que presentan recursos superiores de afrontamiento. Los resultados coinciden con los hallazgos

de otros estudios en torno a que los cuidadores presentan niveles superiores de afrontamiento indistintamente del nivel socioeconómico. Los cuidadores de niños con discapacidad cuentan con recursos superiores de afrontamiento, principalmente físico y cognitivo.

Estudio realizado en Chile, titulado: "Dinámica Familiar de pacientes con Discapacidad Motora Severa del Programa Multidéficit del Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON Santiago".⁽¹¹⁾ Menciona que la familia no es solo un grupo de personas reunido en un mismo sitio, es un sistema social. El funcionamiento de cada uno de los miembros repercute ya sea modificando o manteniendo el comportamiento de otros. Teniendo en cuenta la importancia que tiene la dinámica familiar de personas con discapacidad se hace necesario abordar los efectos que se pueden generar como consecuencia de la llegada de un niño con discapacidad a la familia. Dado lo anterior en esta investigación se pretende dar a conocer cómo la dinámica familiar puede verse afectada con la llegada de un niño con discapacidad motora severa perteneciente al programa Multidéficit del Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón Santiago, institución encargada de rehabilitar y proporcionar tratamiento integral a todos los niños en situación de discapacidad de la Región Metropolitana. El estudio fue de tipo cualitativo siendo la muestra seleccionada se constituyó 8 casos, en donde se entrevistó a los cuidadores de 8 pacientes a este programa. Es a partir de los relatos de los cuidadores a cargo de éstos niños, que se pretende conocer aspectos de su dinámica familiar y de cómo la llegada de la discapacidad a la familia repercutió en

ésta. Los resultados obtenidos en esta investigación, a modo general se observó que en la mayor parte de los casos estudiado, la dinámica familiar se vio afectada con la presencia del niño con discapacidad motora severa, provocando un gran impacto en distintos niveles del sistema familiar, tanto relacional, económico, como emocional y afectivo. Las familias deben adaptarse a las nuevas situaciones que les presenta la presencia de la discapacidad, deben reorganizar, asumir nuevos roles, reacomodar su estructura, redistribuir las tareas en función del niño con discapacidad. En este camino de reorganización, aparecen mitos en torno a la presencia de la discapacidad, además se generan ritos y creencias en torno a esto, lo cual resulta funcional para la homeostasis del sistema familiar.

El estudio titulado: "Caries Dental en Personas con Retraso Mental y Síndrome de Down".⁽¹²⁾ Realizado con el propósito de determinar la prevalencia de caries dental en personas con retraso mental (RM) y Síndrome de Down (SD) se realizó una investigación descriptiva transversal. Utilizando métodos donde se visitó la escuela especial ubicada en el Municipio Morán, Estado de Lara, la cual cumplía con los criterios de inclusión, se realizó el diagnóstico de salud bucal de 60 alumnos y entrevistó a los padres y/o representantes. Obteniendo los resultados de que la edad promedio de los participantes fue de $14,5 \pm 8,17$ y 48,3% que pertenecen a la clase social obrero. En relación con la salud bucal el 53% presentaban caries dental, de ellos el 51,7% en los molares. Las personas con RM moderado presentaron el mayor

porcentaje de caries dental (75%). Aproximadamente el 53% de las mujeres y el 46,2% de los varones, 64,4% y 31,9% de los participantes con RM y SD, tenían caries dental, respectivamente. Requerían tratamiento dental urgente el 28,3% de los participantes y el 45% utilizaban los servicios odontológicos públicos. Llegando a la conclusión de que las personas con RM y SD presentan una precaria salud bucal por lo que se recomienda la creación de programas dirigidos a estas personas.

La investigación titulada: "Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo" ⁽¹³⁾, realizado con el objetivo de determinar la prevalencia de niños con discapacidades, maltratados, las características demográficas, la frecuencia del tipo de maltrato, del maltratador, de los factores de riesgo familiares, sociales, ambientales y sobre la base de los resultados, aportar información para el conocimiento de la etiopatogenia. Teniendo como población y métodos: estudio retrospectivo transversal durante 10 años (1991-2001). Se revisaron los expedientes sanitarios y socio-familiares de 1.115 niños que ingresaron por malos tratos en centros de acogida de la provincia de Zaragoza y se incluyeron aquellos que presentaban una discapacidad física, psíquica y/o sensorial. Obteniendo como resultados: quedurante el período de estudio ingresaron 62 niños con discapacidades (prevalencia del 5,56%, inferior a la esperada). La edad media fue de 7 años (5,60 DE) (límites: 0-17 años). El grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre 0-5 años (43,5%). La relación varón - mujer fue de 1,36:1. La discapacidad más

prevalente fue la psíquica (35,5%), seguida por la mixta (27,4%), física (25,8%) y sensorial (11,2 %). La negligencia física (82,2 %) fue el tipo de maltrato más frecuente. El 16,1 % de los niños presentaron varios tipos de maltrato. La madre fue el maltratador en el 83,8 % de los casos. El 93,5 % de los niños presentó al menos un factor de riesgo familiar, social y/o ambiental y el 64,5 % presentó más de un factor de riesgo. Se llegó a la conclusión de que se considera que en la mayoría de los casos de maltrato en niños discapacitados de nuestro entorno, la etiopatogenia no está relacionada por la presencia de un factor de riesgo individual aislado (discapacidad), sino que está relacionada con la existencia de factores de riesgo familiares, sociales y ambientales, y que cuantos más de estos factores de riesgo se asocien alrededor del niño discapacitado, mayor será la posibilidad de maltrato.

A nivel local, el estudio realizado en la ciudad de Ayacucho - 2003, titulado: "La actitud de los familiares de niños y niñas con discapacidad atendidos en el Centro de Educación Básica Especial San Juan de Dios".⁽¹⁴⁾ Tuvo como objetivo planteado: determinar la actitud de los familiares de los niños y niñas con discapacidad. El tipo de estudio fue descriptivo, analítico y de dirección transversal. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista estructurada aplicada a los familiares de los niños y niñas con discapacidad y la revisión de las fichas de inscripción. La actitud de los familiares de los niños y niñas con discapacidad fue medida a través de un test de 16 proposiciones de opción múltiple excluyente. El resultado obtenido fue: la actitud

predominante en el 70.5% de familiares frente a los niños con discapacidad es de aceptación y está en relación al tipo de discapacidad de los niños y niñas, edad, genero, grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre discapacidad de los familiares; es decir, el 53,6% de madres encargadas del cuidado del niño con discapacidad tienen una actitud de aceptación en comparación al 10.3% de hermanos que tienen una actitud de rechazo. El 55,3% de familiares del sexo femenino adoptan una actitud de aceptación hacia el niño con discapacidad a diferencia del 10.7% de familiares del sexo masculino que adoptan una actitud de rechazo. El 32.1% de familiares con un nivel de conocimiento bueno adoptan una actitud de aceptación hacia el niño con discapacidad, en comparación al 10.7% de familiares con un nivel de conocimiento malo que adoptan actitud de rechazo.

2.2. BASE TEÓRICA:

2.2.1 FACTORES FAMILIARES

2.2.1.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando

las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan.

DINÁMICA FAMILIAR: Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.⁽²¹⁾

APGAR FAMILIAR

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.⁽²³⁾

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de

respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad.⁽²³⁾

APGAR FAMILIAR Y SUS COMPONENTES

ADAPTACIÓN: Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

PARTICIPACIÓN: En esta función se evalúa participación: cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales.

Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

GANANCIA O CRECIMIENTO: Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la

forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.

AFECTO: Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

RECURSOS: Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁽²³⁾

2.2.1.2 AUTOESTIMA:

La autoestima es la capacidad de valorar el yo y de tratarnos con dignidad, amor y realidad. Cualquier persona que reciba amor, estará abierta al cambio. Nuestros cuerpos no son distintos en este sentido, a lo largo de muchos años de enseñanza con niños, de tratar familias de todos los niveles socio-económicos, a partir de las experiencias cotidianas de mi

vida profesional, se deduce que el factor fundamental implícito en lo que sucede dentro y entre las personas es la autoestima.

La integridad, sinceridad, responsabilidad, compasión, el amor y la competencia, todo surge con facilidad en aquellos que tienen una elevada autoestima. Tenemos la sensación de ser importantes, de que el mundo es un mejor lugar, porque nos encontramos en él. Tenemos fe en nuestra competencia, podemos pedir ayuda a los demás, a la vez que conservamos la confianza de que podemos tomar nuestras propias decisiones y, a la larga contamos sólo con nuestras capacidades. Si respetamos nuestra valía, podremos percibir y respetar el valor de los demás; irradiamos confianza y esperanza. ⁽²²⁾

2.2.1.3 FAMILIA Y DISCAPACIDAD

La discapacidad no puede ser estudiada en forma reduccionista, sin considerar el contexto que la rodea, es necesario mirar el entorno de la persona en situación de discapacidad, su entorno social, económico, cultural y lo que compete a nuestra investigación, la situación de salud.

Es por ello que, la discapacidad es una estrecha relación entre enfermedad y entorno social de la persona, de ahí la importancia de la familia, ya que esta es la base social de todo ser humano y más aún, de una persona en situación de discapacidad que depende en mayor medida de un entorno seguro seguro donde desarrollarse. La familia es el agente socializador por excelencia, es el primer espacio natural donde cada persona se desarrolla a nivel emocional, físico, intelectual y social, es en ella donde se entregan las bases para desarrollar aquellas

habilidades y competencias personales y sociales que permitan a cada miembro crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social.⁽¹¹⁾

Según GLARP citado por Aranda (2008), "los padres no sólo esperan tener un hijo sano y "normal", sino que también sienten la necesidad de crear algo bueno. El nacimiento de un niño con un grave trastorno congénito puede acabar con ese orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar."

Si bien cada familia va a reaccionar frente a la discapacidad de manera diferente, un elemento común entre ellas es la confusión de sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad, surgiendo cuestionamientos sobre la causa de esta inesperada situación. Con frecuencia, todos los miembros de la familia tienden a centrar su atención en el niño afectado, con lo cual pueden verse postergadas decisiones en otros ámbitos. De este modo suele producirse desequilibrios en la función parenteral, en la relación de pareja, en la relación de con los hermanos, en síntesis, en todo el sistema familiar.

PROCESO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA DISCAPACIDAD

La familia como un ente flexible y constantemente sometido a interacción con el medio en el cual está inserta, está sometida a constantes procesos de cambio tanto al interior del sistema como del medio que la rodea.

En este complejo proceso de cambio, aparecen grandes dificultades para adaptarse a la nueva situación que genera la llegada de este hijo con la

discapacidad a la familia, así es como, resulta inevitable reacomodarse a esta nueva realidad. La familia deben establecer cambios en su dinámica interna en reacomodar los roles, en ir redefiniendo las pautas de interacción que antes eran propias del sistema y que con esta crisis acontecida se ven afectadas.

La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta un desequilibrio total (físico, emocional, espiritual, cognitivo y económico) desde el momento de lasospecha y hasta la confirmación del diagnóstico; enfrentar este desequilibrio para la familia puede ser la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, así como el riesgo de trastornos o desviaciones en algunos de sus miembros, sin embargo, los conflictos dependen de los recursos que tiene la familia para adecuarse a estas situación. Las familias que tienen un hijo con discapacidad constituyen una población en riesgo, los conflictos no surgen a nivel familiar como consecuencia directa de la discapacidad.⁽²⁾

La respuesta a la presión que vive la familia, tanto interna como externa, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, lo que va provocando un fuerte estrés familiar que genera y es generado a la vez, por la desestructuración del sistema familiar al que se le dificulta la conservación de su continuidad.⁽¹⁹⁾

2.2.2. SITUACION DE SALUD DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD

2.2.2.1 NUTRICION

Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental.

ESTADO NUTRICIONAL

Es la condición de salud de un individuo influida por la utilización de los nutrientes.

La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias (nutrientes) que han de cumplir tres fines básicos:

- Suministrar la energía para el mantenimiento del organismo y sus funciones.
- Proporcionar los materiales necesarios para la formación, renovación y preparación de las estructuras corporales.
- Suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo.⁽²⁷⁾

Evaluación nutricional:

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso, es

posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.⁽²⁷⁾

Talla: La talla es la medición antropométrica con la cual podemos valorar el crecimiento del paciente y del tejido esquelético; nos traduce la longitud de la cabeza, columna vertebral, pelvis y piernas. La estimación de la talla debe realizarse bajo las mismas condiciones.

Peso: Es la masa corporal expresada en kilogramos.

INDICE MASA CORPORAL (IMC)

También denominado índice de Quetelet, se obtiene de la razón entre el peso y la talla elevada al cuadrado. El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo permite evaluar el estado nutricional. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo.⁽²⁸⁾

Donde la masa o peso se expresa en kilogramos y la estatura en metros, se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \text{PESO} / \text{TALLA}^2$$

2.2.2.2 CUIDADO CORPORAL

El cuidado personal comprende las habilidades relacionadas con el aseo, la comida, el vestido, la higiene y el aspecto personal. El mantener una limpieza e higiene corporal adecuada es muy importante, ya que previene determinadas enfermedades e infecciones, además de favorecer la convivencia en la comunidad. Determinar partes del cuerpo humano necesita una serie de cuidados específicos y más meticulosos que otras.

La higiene personal y del entorno va mucho más allá de las maneras

prácticas de aseo. Es uno de los componentes fundamentales de un estilo de vida saludable y se encuentra relacionada con otros temas como la alimentación, el ejercicio físico y la salud mental. En consecuencia, el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidados personales cumple funciones importantes en la formación integral de las personas:

- Mejorar la salud y bienestar del individuo y de la comunidad.
- Prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades.
- Facilitar las relaciones interpersonales.
- Contribuir a la formación de una imagen positiva de sí mismo.

Higiene: la higiene personal está constituida por el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

Vida saludable: tiene factores determinantes como:

- Llevar una alimentación equilibrada.
- Mantener hábitos higiénicos adecuados.
- Disfrutar del tiempo libre.
- Prevenir accidentes.
- Ejercitar la mente.
- Realizar deporte o actividad física.
- Tener una mejor calidad de vida y bienestar.

HIGIENE

Para mantener un estado óptimo de salud, la higiene cumple una función muy importante. Existen diferentes microorganismos (bacterias, hongos,

virus y parásitos) muy pequeños invisibles a los ojos que se encuentran en partes: en el aire, en la tierra, en el agua, basura, agua no segura, frutas y verduras mal lavadas, carnes crudas, en los animales, en las patas de los insectos y en los objetos que tocamos. Los microorganismos son seres vivos y no se mantiene quietos; cruzan de una persona, un animal o un alimento a otro siempre que se den las condiciones (alimento, agua, calor y tiempo) para crecer y multiplicarse, dando origen a diferentes enfermedades. Por eso es primordial, además de la higiene personal, la limpieza en el hogar.⁽²⁴⁾

2.2.2.3 CARIES DENTAL:

La caries dental es una enfermedad preponderante en la cavidad bucal, siendo una lesión progresiva que destruye el diente y trae como consecuencia la inadecuada masticación, la mala absorción de nutrientes, lo cual genera una mala alimentación y consecuente un bajo rendimiento escolar en los niños, ésta es una afección que ocupa el segundo lugar en la tabla de morbilidad general a nivel nacional y la tercera ubicación en la etapa del niñez con un 9.1%, solamente superada por las afecciones agudas de la vía respiratoria y las infecciones intestinales.

Los factores que ponen en riesgo la salud dental de los niños son una dieta desequilibrada con elevado consumo de alimentos azucarados solos o asociados a jugos de frutas ácidas, una deficiente higiene bucal debido al mal uso del cepillo dental y la falta de revisión por parte de un odontólogo.

La presencia de síntomas dolorosos en niños afectados por esta

enfermedad propicia una inadecuada selección de alimentos blandos como harinas e hidratos de carbono, dejando de lado las proteínas y minerales de consistencia dura, lo cual derivará en riesgo de malnutrición. Asimismo las causas de la deserción escolar es la rápida progresión de las caries, porque cuando un estudiante pierde sustancia dentaria hasta por ejemplo llegar a la pupa del diente padece de un dolor permanente que no le permite concentrarse en la clase. Cabe destacar que en el año 2010 se atendieron casi 1 millón y medio de personas a nivel nacional.⁽²⁴⁾

Etiología:

La causa de la caries se debe fundamentalmente a la unión de tres factores:

- 1º El germen (placa bacteriana)
- 2º La estructura dentaria ("cracs")
- 3º La dieta (rica en azúcares)

A estos factores se le añadió últimamente otros de menor importancia como: edad, tipo de saliva, inmunidad.

Clasificación:

Grados I, II, III y IV grado, según el tipo de lesión que afecte al órgano dentario.

- I. La caries afecta el esmalte.
- II. La caries afecta el esmalte y la dentina.
- III. La caries afecta el esmalte, dentina y cemento.
- IV. La caries afecta todo el tejido dental.

Cuadro clínico:

- Primer grado: sensibilidad a nivel del esmalte.
- Segundo grado: sensibilidad más aguda a nivel de la dentina.
- Tercer grado: dolor más frecuente a los cambios bruscos de temperatura (afecta dentina primaria y secundaria).
- Cuarto grado: ya se presenta un proceso infeccioso abarca el esmalte, dentina, cemento y pulpa.⁽²⁶⁾

2.2.4. LA DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.⁽¹⁵⁾

DEFINICIÓN:

La discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (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).⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud(OMS), con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una 2ª Clasificación Internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud, en la que ofrece la siguiente definición: “término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.(1)

Esta definición aporta un gran cambio al concepto de discapacidad: se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales jugarán un rol esencial.

La discapacidad es una realidad presente en todas las sociedades del mundo. Una de las defunciones entregadas por la ONU postula que: “La palabra discapacidad se resume en un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede verter la forma de una deficiencia física intelectual o sensorial que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio”.(11)

De esta forma, la discapacidad no es sólo una condición de salud propia de la persona, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos. Se reconoce el

contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona.

CAUSAS:

Es necesario enumerar las diferentes causas de discapacidades, esto permite no solo conocerlas sino además el plantear acciones para prevenirlas y tratarlas.

LA COMUNIDAD:

- Consecuencia de la violencia política y social: La violencia política y social es una de las causas de discapacidad, debido a que se ha dado conflictos armados; los cuales han dejado como secuelas, pérdidas de miembros corporales en los individuos que han participado en tales enfrentamientos.
- Condiciones de insalubridad y alta presencia de infecciones contagiosas: El vivir en condiciones de falta de hábitos higiénicos es la causa de muchas infecciones que afectan a los miembros del cuerpo, ocasionando en algunos casos la mutilación.
- Desastres naturales: Los desastres naturales pueden dejar en algunas ocasiones secuelas de discapacidad, al provocar daño en algún miembro del cuerpo.
- Aislamiento: El aislamiento más que todo puede ser causa de discapacidad mental, al no tener el individuo interacción y contacto con el ambiente más próximo a él.

LA FAMILIA:

- Enfermedades y alteraciones genéticas: Genéticamente o por herencia algunas personas están predispuestas a padecer ciertas enfermedades que pueden ser la causa de discapacidad.
- Bajo nivel educativo: Al tener un bajo nivel educativo se puede estar en condiciones de tener una discapacidad mental o sociocultural al no tener una serie de estímulos necesarios para poder adaptarse a la sociedad en la que está inmerso.
- Incompatibilidad sanguínea en la pareja: La incompatibilidad sanguínea en la pareja es la causa de problemas a nivel cromosómico que provoca en los hijos que tengan, alteraciones físicas que repercuten en la poca capacidad para adaptarse a su ambiente.
- Alcoholismo y drogadicción: Estas sustancias pueden ocasionar alteraciones en las células reproductoras del hombre y la mujer, dando lugar así a concebir niños con poca o nula salud.
- Violencia intrafamiliar: El estado de irracionalidad y falta de juicio al que puede llevar la ira que es el principal componente de la violencia intrafamiliar, es la causa de mutilaciones corporales hacia el cónyuge que es víctima.
- Numerosos embarazos de intervalos cortos: Por el desgaste físico que sufre la madre que está gestando es necesario que exista una recuperación entre un embarazo y otro ya que si no sucede así se corre el riesgo de dar a luz un niño con perturbaciones orgánicas

que bien pueden ser la causa de discapacidad.

DURANTE EL EMBARAZO

- Infecciones (Toxoplasmosis, rubéola, sífilis, etc.): La presencia de algunos virus en los periodos prenatales, perinatales y postnatales son los causantes que propician la discapacidad.
- Desnutrición: Debido a que el feto durante el embarazo está en plena etapa de desarrollo es imprescindible que la madre le aporte grandes cantidades componentes vitamínicos a través de su alimentación y si desafortunadamente esto no sucede el niño puede nacer con discapacidad.
- Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo: El alcohol y las drogas son dos agentes que alteran el sano desarrollo del niño que se está formando en el seno materno, haciéndose evidente la alteración al paso de los años.
- Madres muy jóvenes o mayores de edad: Las madres muy jóvenes corren el riesgo de dar a luz un niño con una salud desfavorable que puede ser motivo de discapacidad a corto plazo, esto es debido a que su aparato reproductor no está en su plena madurez; lo contrario puede suceder a las mujeres de edad muy avanzada que por tener un aparato reproductor en estado de envejecimiento pueden tener un hijo con discapacidad. ⁽¹⁾

CLASIFICACIÓN:

Las discapacidades pueden clasificarse en tres grandes grupos diferenciados entre sí:

Discapacidades Físicas: están relacionadas con el cuerpo, miembro y órganos en general. Originadas en los sistemas musculo esquelético, nerviosos, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y anexos y neoplasias.

Discapacidades sensoriales: originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.

Discapacidades Psíquicas: originados por retraso y/o enfermedad mental.

LA SORDERA

La sordera o hipoacusia (audición disminuida) es un trastorno relativamente común, que puede empezar en cualquier época de la vida y tener muchas causas. De una manera genérica, se denomina "sordera" a la dificultad o incapacidad de percibir de manera óptima los sonidos del entorno y del lenguaje. Asimismo, el concepto de "hipoacusia" señala una pérdida de audición variable según el grado de severidad. Es por esto que ambos conceptos se utilizan indistintamente para referirse a las personas con esta audición. ⁽¹²⁾

La sordera se define como: "significa un impedimento auditivo tan severo

que el niño esté impedido en el procesamiento de información lingüística por vía auditiva, con o sin amplificación, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño". Por lo tanto, la sordera puede ser vista como una condición que evita que un individuo reciba sonido en todas o casi todas las formas.⁽¹⁶⁾

Incidencia:Cada año nace en los Estados Unidos, 24.000 niños con pérdida de audición. Es por eso que muchos estados requieren que los hospitales sometan a los recién nacidos a un chequeo no causa dolor, y solo tarda unos minutos.

La pérdida de la capacidad auditiva y la sordera no siempre ocurre al nacer. Puede afectar a los individuos de todas las edades y pueden ocurrir en cualquier momento desde la infancia hasta la vejez. La pérdida puede ocurrir debido a factores genéticos, una enfermedad y un trauma.⁽¹²⁾

Tipos de sordera:Dependiendo de la ubicación de la patología en el órgano auditivo (oído externo, oído medio, oído interno) se puede hablar de tres tipos de hipoacusia o sordera:

- Conducción (o conductiva)
- Sensorio - neural
- Mixta
- Hereditarias
- Congénitas

1º *Pérdida auditiva de conducción:* son aquellas hipoacusias causadas por enfermedades u obstrucciones en el oído externo u oído medio. Una persona con una pérdida tipo conductiva puede llegar a

requerir el uso de audífonos, aunque en la mayoría de los casos este tipo de pérdida auditiva es tratable a través de intervenciones quirúrgicas o medicamentosas sugeridas por el médico especialista.

2° *Pérdida auditiva sensorial:* son los casos en los cuales las células receptoras del oído interno, o los nervios se encuentran dañados. Estas pérdidas auditivas pueden abarcar desde pérdidas leves a profundas. En algunos casos, aun con la utilización de audífono de alta potencia, no es posible otorgar una adecuada amplificación a la persona para que logre percibir y/o discriminar el lenguaje oral. En la actualidad, los grandes avances tecnológicos han posibilitado ayudar a la persona que presenta este tipo de hipoacusia a través del uso de audífonos digitales, equipos de frecuencia modulada (FM) e implantes cocleares (IC) que permitirían una mejor recepción del sonido.

3° *Pérdida auditiva mixta:* se refieren a aquellos casos en los que existen aspectos de pérdida conductiva y sensorial, de manera que existen problemas tanto en el oído externo y en el oído interno. Este tipo de pérdida también puede deberse a daños en el núcleo del sistema nervioso central, en las vías al cerebro o en el mismo cerebro.

4° *Hereditarias:* su ocurrencia está vinculada a una base genética dentro de las cuales las de tipo recesivo son las más frecuentes.

5° *Adquiridas:* son desarrolladas por el efecto de factores ambientales. Ocurren a lo largo de toda la vida, incluyendo las cercanas al nacimiento. Estas pueden ser:

- Prenatales: infecciones de grupo TORCHES, hipoxia uterina, irradiación y uso de ototóxicos entre los que la talidomida representa un ejemplo histórico.
- Perinatales: hipoxia neonatal, hiperbilirrubinemia elevada.
- Postnatales: meningitis y meningoencefalitis, parotiditis, sarampión citomegalovirus. ⁽¹⁷⁾

Discapacidades psíquicas: originados por el retraso y/o enfermedad mental, dentro del RM la discapacidad prevalente es el Síndrome de Down. ⁽¹⁴⁾

RETARDO MENTAL

El concepto diagnóstico del retraso mental (RM), está concluido por los déficits adaptativos y fue desarrollado por la Asociación Americana de Retraso Mental en 1992. Actualmente se enfatiza a la idea de que el retraso mental no es una característica innata de un individuo, sino el resultado variable de la interacción entre las capacidades intelectuales de la persona y el ambiente, es decir, la concepción actual se ajusta a un modelo biopsicosocial. Unas 3 de cada 100 personas en los Estados Unidos tiene retraso mental, más de 614,000 niños de 6 a 21 años tiene algún nivel de retraso mental y necesitan educación especial en la escuela (Reporte Anual al Congreso, Departamento de Educación de Los Estados Unidos, 2001). De hecho 1 de cada 10 niños que necesita educación especial tiene alguna forma de retraso mental. El 90% de los individuos con baja inteligencia están diagnosticados a los 18 años y

requieren tres características:

- Inteligencia por debajo del promedio (CI 70 O inferior).
- Deterioro de la capacidad adaptativa.
- Comienzo con la infancia.

La AAMR (Asociación Americana para el Retardo Mental) decidió mantener la denominación de Retraso Mental, por el momento, porque internacionalmente se acuerda con el significado de la misma, a pesar de sus limitaciones. Cambiarla implicaría volver a construir acuerdos sobre sus características.

DEFINICIÓN:

“El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la medida que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.”

Etiología:

- *Condiciones genéticas:* a veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down, síndrome frágil

x y phenylketonuria (PKU).

- *Problemas durante el embarazo:* retraso mental puede resultar cuando un bebé no se desarrolla apropiadamente dentro de su madre. Por ejemplo puede haber un problema con la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento. Una mujer que bebe alcohol o que contrae una infección como rubéola durante su embarazo puede también tener un bebé con retraso mental.
- *Problemas al nacer:* si el bebé tiene problemas durante el parto, como por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno, podrían tener retraso mental.
- *Problemas de salud:* algunas enfermedades tales como la tos convulsiva, varicela o meningitis pueden causar retraso mental.

El retraso mental puede también ser causado por malnutrición externa, no recibir suficiente cuidado médico, o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio. ⁽¹²⁾

SINDROME DE DOWN

El síndrome de Down es una condición genética que ocurre en el ser humano, determinada por la alteración del número de cromosomas, en donde existen 47 cromosomas por una alteración del número de cromosomas, en donde existen 47 cromosomas en lugar de 46, lo que define que hay un cromosoma extra. Se pueden presentar tres formas: la trisomía 21 libre en un 95% de los casos, la traslocación en un 4% y el mosaicismo en el 1%.

Un concepto a destacar de estos datos es que define el origen y la presencia del síndrome, pero no precisa la cantidad o calidad de la presentación del síndrome en esta nueva persona que acaba de nacer. El síndrome de Down es la causa más frecuente de retraso mental; se trata de una alteración cromosómica. Caracterizada por un exceso de material genético. Con el término de síndrome se quiere destacar que las personas afectadas presentan un conjunto de síntomas diversos: cognitivo (bajo nivel intelectual), fisonómico (ojos almendrados, nariz pequeña con una gran depresión en el tabique nasal, forma anormal de las orejas, etc.) y médicos (por ejemplo cardiopatías) entre otros.

La incidencia es de un niño nacido por cada 800 nacimientos. El riesgo a tener un hijo(a) se incrementa progresivamente a partir de los 35 años de la madre. El diagnóstico se puede realizar entre la semana 9 y 14 de gestación a partir de pruebas prenatales (engrosamiento del pliegue nuchal, triple Sreening y amniocentesis) o en el momento de su nacimiento. El niño(a) con síndrome de Down debe recibir un tratamiento adecuado desde los primeros meses de vida. El tratamiento debe ser multidisciplinario de manera que abarque las distintas áreas que están afectadas en cada uno: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicomotricidad, etc. Asimismo deben escolarizarse como cualquier otro niño(a), evaluando sus capacidades y necesidades de apoyo y en función a estas podrán asistir a un Centro de Educación Especial o un centro ordinario de integración. ⁽¹⁸⁾

2.6.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Factores familiares	Funcionalidad familiar	Comportamiento de las personas congruentes a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo que le caracteriza como independiente.	. Buena Función Familiar . Disfunción familiar leve . Disfunción familiar severa	01-07 08-14 15-21	intervalo
	Autoestima	La autoestima es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos.	. Autoestima alta . Autoestima media . Autoestima baja	55 - 81 28 - 54 01 - 27	intervalo
	Antecedentes familiares	Son los diferentes registros de las principales características previos de las relaciones entre miembros de una familia.	Familiares con discapacidad.	Si No	Nominal

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Situación de salud	Nutrición	Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.	ADECUADO . Normal INADECUADO Delgadez severa . Delgadez . Sobrepeso . Obesidad	DE < -3 DE <-2 a -3 1 a -2 DE >1 a 2 DE >2 DE	Ordinal
	Cuidado corporal	Comprende las habilidades relacionadas con el aseo la comida, el vestido, higiene y el estado de salud.	.Adecuado .Regular .Malo	44 - 64 22 - 43 01 - 21	Intervalo
	Cuidado dental	Es el cuidado adecuado de los dientes, encías y la boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.	.Inadecuado .Adecuado	11 - 20 01 - 10	Intervalo

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo-correlacional

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal

3.5. ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” que se encuentra en la provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

3.6. POBLACIÓN

Estuvo constituido por todos los niños con discapacidad la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” Ayacucho – 2014.

3.7. MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 34 niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” Ayacucho – 2014.

3.8. TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, intencional.

3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

La técnica utilizada fue la aplicación de la encuesta estructurada, el test de APGAR familiar, test de autoestima, hoja de evaluación de cuidado corporal, ficha de evaluación dental, con sus respectivas guías de aplicación.

3.10. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Procedimiento de recolección de datos.

- Se solicitó la autorización de la dirección de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" de Ayacucho, para la obtención de datos.
- Se realizó la coordinación respectiva con los tutores de cada sección para conformar la muestra.
- Se elaboró un cronograma de recolección de datos.
- Concluida esta fase, se procedió a la codificación y creación de una base de datos.

Procesamiento y tratamiento estadístico de los datos

Con los datos obtenidos se procedió a crear una base de datos con el software estadístico SPSS 22.0 (*Statistical Package for Social Science*) con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de una y doble entrada, asimismo se aplicó la prueba de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CUADRO Nº 01

TIPO DE DISCAPACIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL "SAN JUAN DE DIOS" AYACUCHO – 2014.

Tipo de discapacidad	Nº	%
Sordera	4	11.8
Retardo Mental	15	44.1
Síndrome de Down	15	44.1
Total	34	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el cuadro referido al tipo de discapacidad en la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" muestra que del 100.0% (34) de los niños en estudio el 44.1% (15) presentan retardo mental y síndrome de Down, respectivamente, seguido de la sordera con 11.8% (4).

CUADRO Nº 02

SITUACIÓN DE SALUD EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL "SAN JUAN DE DIOS" AYACUCHO – 2014.

Situación de salud	Nº	%
Adecuado	8	23.5
Inadecuado	26	76.5
Total	34	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el cuadro referido a la situación de salud en niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" muestra que del 100.0% (34) de niños en estudio el 76.5% (26) presentan una situación de salud inadecuado y el 23.5% (8) presentaron situación de salud adecuado.

CUADRO Nº 03

SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN LAS DIMENSIONES DE SALUD EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL "SAN JUAN DE DIOS" AYACUCHO – 2014.

Dimensiones de salud	Adecuado		Inadecuado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado nutricional	15	44.1	19	55.9	34	100.0
Cuidado corporal	11	32.4	23	67.6	34	100.0
Cuidado dental	14	41.2	20	58.8	34	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el cuadro referido a la situación de salud en niños con discapacidad según las dimensiones de salud, en el estado nutricional muestra que del 100.0% (34) de niños en estudio, el 55.9% (19) presentan estado nutricional inadecuado y el 44.1% (15) presentan estado nutricional adecuado; en la dimensión referente al cuidado corporal de la totalidad el 67.6% (23) presenta situación de salud inadecuada y 32.4% (11) adecuada; en la dimensión respecto al cuidado dental el 58.8% (20) presenta situación de salud inadecuada y 41.2% (14) adecuado.

CUADRO Nº 04

SITUACIÓN DE SALUD EN RELACIÓN A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL “SAN JUAN DE DIOS” AYACUCHO – 2014.

Funcionalidad familiar	Situación de salud				Total	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Buena función familiar	8	23.5	8	23.5	16	47.1
Disfunción familiar leve	0	0.0	5	14.7	5	14.7
Disfunción familiar moderada	0	0.0	9	26.5	9	26.5
Disfunción familiar severa	0	0.0	4	11.8	4	11.8
Total	8	23.5	26	76.5	34	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 11.769^{**}$$

$$\chi_i^2 = 7.815$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 3$$

En el cuadro referido a la situación de salud en niños con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar, muestra que del 100.0% (34) de niños en estudio, el 47.1% presentan buena función familiar, de ellos el 23.5% (8) presentan situación de salud adecuada e inadecuada, respectivamente. Asimismo, el 26.5% (9) que presentan disfunción familiar moderada, de los ellos la totalidad presentan situación de salud inadecuada. Finalmente, el 14.7% (5) que presentan disfunción familiar leve a su vez presenta una situación de salud inadecuada.

Sometidos los resultados a prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló relación estadística, entre la situación de salud y la funcionalidad familiar que indica que la situación de salud de los niños con discapacidad

de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" es dependiente de la funcionalidad familiar ($P < 0.05$)

CUADRO Nº 05

SITUACIÓN DE SALUD EN RELACIÓN AL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL “SAN JUAN DE DIOS” AYACUCHO – 2014.

Nivel de autoestima de los padres	Situación de salud				Total	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoestima alta	6	17.6	3	8.8	9	26.5
Autoestima media	2	5.9	13	38.2	15	44.1
Autoestima baja	0	0.0	10	29.4	10	29.4
Total	8	23.5	26	76.5	34	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 13.259^{**}$$

$$\chi_i^2 = 5.991$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 2$$

En el cuadro referido a la situación de salud en niños con discapacidad en relación al nivel de autoestima de los padres, muestra que del 100.0% (34) de niños en estudio, el 44.1% (15) presentan padres con autoestima media, de ellos el 38.2% (13) presentaron situación de salud inadecuada y 5.9% (2) adecuada. Asimismo, el 29.4% (10) que presentan padres con autoestima baja, de ellos la totalidad presenta situación de salud inadecuada. Finalmente el 26.5% (9) de los padres presentan nivel de autoestima alto, de ellos el 17.6% (6) presentan niños con situación de salud adecuada y 8.8% (3) inadecuada.

Sometidos los resultados a prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló relación estadística, que indica que la situación de salud de los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” es dependiente del nivel de autoestima de los padres ($P < 0.05$).

CUADRO Nº 06

SITUACIÓN DE SALUD EN RELACIÓN A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE DISCAPACIDAD PREVIA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BÁSICA ESPECIAL “SAN JUAN DE DIOS” AYACUCHO – 2014.

Antecedentes familiares de discapacidad previa	Situación de salud				Total	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	1	2.9	15	44.1	16	47.1
No	7	20.6	11	32.4	18	52.9
Total	8	23.5	26	76.5	34	100.0

Fuente: Elaboración propia – Guías de recolección de datos

$$\chi^2_c = 5.015^{**}$$

$$\chi^2_i = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 1$$

En el cuadro referido a la situación de salud en niños con discapacidad en relación a los antecedentes familiares con discapacidad previa, muestra que del 100.0% (34) de niños en estudio, el 52.9% (18) presentan antecedentes familiares con discapacidad previa, de ellos el 32.4% (11) de los niños presentan situación de salud inadecuada y 20.6% (7) adecuada. Asimismo, el 47.1% (16) no presentan antecedentes familiares con discapacidad previa, de ellos el 44.1% (15) de los niños presentan una situación de salud inadecuado y 2.9% (1) adecuado.

Sometidos, los resultados a prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló relación estadística, que indica que la situación de salud de los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” es dependiente de los antecedentes familiares de discapacidad previa ($P < 0.05$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado incapacitante. Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades. Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente se agrupa las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

Las discapacidades son una patología muy frecuente en todo el mundo, sin embargo, en general, sólo algunos de los países más desarrollados cuentan con estudios rigurosos. En las estadísticas que recogen los datos encontramos una gran disparidad en cuanto a su incidencia y prevalencia, ya que la definición de los conceptos es diferente en la mayor parte de ellas. En general la población percibe la discapacidad como una condición permanente. Sin embargo, hay discapacidades temporales y discapacidades permanentes.

Por tanto la discapacidad pueden subdividirse en tres modalidades diferentes: física, psíquica y sensorial. Dentro de estos tipos las

discapacidades se pueden manifestar en diferentes grados, y a su vez se pueden coincidir varios trastornos en una misma persona. Actualmente no existe una información exacta sobre los porcentajes en el que se distribuyen los diferentes tipos de discapacidad en nuestro país, por ende en nuestra región no se maneja una información precisa del número de niños por tipo de discapacidad.

CUADRO N° 01, Referido al tipo de discapacidad en la Institución Educativa Básica Especial “San Juan de Dios” se encontró que el 44.1% es retardo mental y el Síndrome de Down respectivamente y con menor prevalencia la sordera con un 11.8%. Estos resultados muestran que la discapacidad prevalente es el de tipo psíquica.

Al respecto, Gómez C. (2005), en la investigación “Discapacidades en la Infancia”, menciona En las estadísticas de Cataluña – Madrid se recoge la información y clasificación respecto al tipo de discapacidad en general, sin diferenciar por grupos de edad, la prevalencia de deficiencia motora es del 31%, de deficiencia física no motora es del 29%, deficiencia visual 8,4%, auditiva 3,8%, psíquica 13% del total de discapacidades.⁽³⁷⁾

Nuestros resultados coinciden con lo referido del autor mencionado, en consecuencia podemos afirmar que el tipo de discapacidad prevalente es el de tipo psíquico seguido por el tipo físico.

En conclusión el tipo de discapacidad que prevalece es retardo mental y síndrome de Down con 44.1 % respectivamente.

CUADRO Nº 02, Referente ala situación de salud en niños con discapacidad en estudio el 76.5% presentaron situación de salud inadecuado y el 23.5% presentaron situación de salud adecuado.

Al respecto Sánchez (2010), en la investigación “Cuidados de salud de los niños con discapacidad en los institutos especializados de atención integral de Caracas – Venezuela”, reportó de un total de 100 niños evaluados con diferentes discapacidades, el 85% presentaron cuidado de salud inadecuada y el 15% adecuada, esto se debe a que tan sólo el 15% de los niños con discapacidad tienen la solvencia económica para que un personal especializado cuide al niño tanto en su vivienda como en los establecimientos de salud donde se atienden, debido a ello el 85% presentan alguna carencia de salud.

Los resultados hallados por los investigadores coinciden a los hallados en la presente investigación referidos , en el que un niño debido a las deficiencias existentes en los diferentes dimensiones de salud, las cuales tienen factores que influyen como problemática afectando el normal desarrollo integral, el correcto desenvolvimiento por ende la calidad de vida del niño o niña que sufre un tipo de discapacidad y con ello esta realidad refleja una falta de intervención en un ámbito social y en especial familiar.

Respecto a la discapacidad infantil es un problema que aumenta a medida que se reduce el número de niños y niñas afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, las prematuras o las

enfermedades crónicas no transmisibles. Según el Organismo de las Naciones Unidas existe una amplia discriminación hacia la población infantil con discapacidades y la escasa sensibilidad de las sociedades para responder a sus necesidades y derechos. ⁽²⁵⁾

Asimismo, la discapacidad en la población infantil constituye un problema de salud por su repercusión en la calidad de vida del niño afectado. La respuesta del medio hogareño va a ser determinante en el futuro del niño, puesto que el modo de reacción de los padres podría mitigar o incrementar la incapacidad. El cuidado de salud de los niños con discapacidad es integral, se tienen que cuidar el estado nutricional, el cuidado corporal y dental en forma permanente, debido a que están más expuestos a deterioro si no se observa y evalúa permanente a este grupo de niños. ⁽²⁶⁾

En conclusión la situación de salud de los niños con discapacidad muestra una situación de salud inadecuada con 76.5% y situación de salud adecuada con 23.5%.

CUADRO N° 03, Referido la situación de salud en niños con discapacidad según las dimensiones de salud, muestra que el 55.9% (19) presentan estado nutricional inadecuado y el 44.1% (15) presentan estado nutricional adecuado. Referente al cuidado corporal, el 67.6% inadecuado cuidado corporal y el 32.4% adecuado. Finalmente, con respecto al cuidado dental, el 58.8% presentan cuidado dental inadecuado y el 41.2% adecuado.

Al respecto, Madrigal y González (2009), en la investigación "Estado nutricional de niños con Síndrome Down del Centro Nacional de Educación Especial de Costa Rica", reportó de un total de 16 niños en estudio (6 femenino, 10 masculino), 8 con exceso de peso, 6 con peso normal y 2 en riesgo de bajo peso.⁽³¹⁾

Así mismo Cresp (2014), en la investigación "Correlación de variables antropométricas como predictor de salud, en una población de niños y adolescentes con síndrome de Down de Temuco, Chile", reportó de un total de 42 niños en estudio, el 61,9% del total presentan sobrepeso u obesidad. El 52,1% de los hombres y el 73,6% de las mujeres presentan obesidad o sobrepeso, demostrándose que el sobrepeso y obesidad se presenta en niños especiales debido a que presentan inactividad física, por ello se debe implementar actividades físicas para poder reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad.⁽³²⁾

Según Serrano M. y Torrelles (2011), en la investigación "Estado de Salud Bucodental en Niños con Discapacidad Intelectual" reporta que el 86% presenta placa dental y un 6% cálculo dental. La mayoría de la población no presenta caries, sólo en un pequeño porcentaje es observada y se incrementa en la dentición primaria (24% dentición permanente y 31.4% dentición temporal. En los dientes permanentes los tratamientos preventivos, sellantes de fosas y fisuras y tratamientos restauradores son los que más requeridos (96%, 78.45% y 33.3% respectivamente). En los dientes primarios 58.8% requieren tratamientos preventivos y 41.2% obturaciones. El mayor porcentaje de la población presentó alteraciones

en la relación molar semi-cúspide y de cúspide completa (41% y 11%, respectivamente).⁽³⁸⁾

Los resultados hallados por los investigadores coinciden a los hallados en la presente investigación. Los problemas nutricionales, bucodentales, y de higiene son en general inadecuados. Las dimensiones de salud en los niños con discapacidad, demuestran que en una situación de salud inadecuada tienen como resultado un mayor porcentaje de deficiencias en las respectivas dimensiones, teniendo como resultado de situación de salud adecuado un porcentaje menor en las tres dimensiones respectivamente. Por ello se refleja un crecimiento y desarrollo deficiente, una mala higiene, la prevalencia de caries y problemas periodontales en los niños con discapacidad quienes necesitan la atención y el cuidado por la familia.

Respecto al estado nutricional, el cuidado corporal y dental en niños con discapacidad son dimensiones del cuidado de salud que reciben los niños por parte de los padres, tutores, hermanos, o el personal de salud si es que el niño se encuentra en una institución pública y/o privada. Mediante esta, podría identificarse en que aspecto del cuidado de salud del menor con discapacidad se está fallando, y en qué aspectos se debe actuar para mejorar dichas dimensiones de salud. Cabe señalar, que los niños discapacitados necesitan cuidados especiales que generalmente las familias de escaso recurso no pueden afrontar y por ello se observa que algunos de las dimensiones de salud presentan problemas, los cuales debería de mejorarse con la capacitación de las personas encargadas del

cuidado de salud de este grupo de niños.

En conclusión la situación de salud en relación a las dimensiones de salud, muestra que el 55.9% un estado nutricional inadecuado, en el cuidado corporal el 67.6% es inadecuado, el cual es el mayor porcentaje dentro de las dimensiones de salud y cuidado dental 58.8% inadecuado este presenta un problema de salud en esta población de estudio.

CUADRO Nº 04, Sobre la relación de la situación de salud en relación a la funcionalidad familiar, mediante la presente investigación se muestra que el 47.1% presentan una buena función familiar, de los cuales el 23.5% de niños presentan una situación de salud adecuada e inadecuada, respectivamente. Asimismo, el 26.5% presentan disfunción familiar moderada, de los cuales la totalidad presentan situación de salud inadecuada. Finalmente, el 14.7% presentan disfunción familiar leve, presentando también la totalidad situación de salud inadecuada.

Al respecto Rodríguez (2010), en la investigación "Evaluación de la salud integral en niños con discapacidad", reportó asociación directa entre la funcionalidad familiar con la salud de los niños con discapacidad ($P < 0.05$), hallado mayor porcentaje de niños con cuidado de salud inadecuado (12% - 16%) en niños provenientes de familias disfuncionales ($P < 0.05$), así mismo el cuidado dental también está asociada a la funcionalidad familiar, hallando mayor porcentaje de caries dental en niños con familias disfuncionales (10%, $P < 0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.⁽³⁴⁾

Los hallazgos encontrados en la presente investigación coinciden con el dato referido por el autor mencionado al respecto, el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Es por ende que la funcionalidad familiar es una capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital. En el presente trabajo se muestra que la inadecuada situación de salud de los niños con discapacidad tiene relación con un mayor porcentaje de disfunción familiar sea esto leve, moderada o severa, lo cual causa un desequilibrio en el cuidado del niño. En cambio en niños con una adecuada situación de salud se encontró una buena función familiar, lo cual es suficientemente flexible para adaptarse al cuidado de los niños con discapacidad de manera que conserva las condiciones de salud adecuadas de sus miembros, cumpliendo con las tareas que le son encomendadas. La familia es considerada como un soporte para cada uno de los integrantes de la familia, por ello juega un papel importante en la situación de salud de los niños con discapacidad por la misma ausencia de auto cuidado que presentan.

Con respecto a la situación de salud en niños con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar, es un aspecto muy importante en muchos aspectos del cuidado de salud de los niños, cabe señalar que en familias disfuncionales, en padres o madres que viven solos, se redoblan esfuerzos para el cuidado de los niños con discapacidad, ya que este grupo de niños generalmente necesitan de atención durante las 24 horas

del día, lo que dificulta que muchos de los cuidadores de este grupo de niños puedan hacerse cargo en forma permanente, asimismo ellos (los padres o cuidadores) también tienen actividades laborales para conseguir los recursos económicos para el sustento familiar.

En conclusión la situación de salud en relación a la funcionalidad familiar, el 26.5% presenta una disfunción familiar moderada con un estado de salud inadecuado, seguido del 23.5% presenta buena función familiar con una situación de salud adecuada e inadecuada respectivamente, el 14.7% presenta disfunción familiar leve con situación de salud inadecuada y el 11.8% presenta disfunción familiar severa con una situación de salud inadecuada.

CUADRO N°05, Referido a la situación de salud en niños con discapacidad en relación al nivel de autoestima de los padres, mediante la investigación se encontró que el 44.1% presentan padres con autoestima media, de los cuales el 38.2% presentan situación de salud inadecuada y el 5.9% adecuada. Asimismo, el 29.4% presentan padres con autoestima baja, presentando la totalidad de ellos situación de salud inadecuada. Finalmente, el 26.5% de los padres presentan nivel de autoestima alto, de los cuales el 17.6% presentan niños con situación de salud adecuada y el 8.8% inadecuada.

Al respecto, Bryden (2012), en la investigación "Nivel de autoestima familiar en niños con discapacidad física", reportó de 65 (40.6%) niños con discapacidad física, el 19.4% (31) de madres o padres presentaron

autoestima bajo, 13.1% (21) autoestima intermedia y el 8.1% (13) autoestima alto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, que repercute directamente en el cuidado de salud de los niños con discapacidad. Refieren también que la autoestima alta de los miembros de la familia repercute favorablemente en la salud de los hijos con discapacidad.⁽²⁹⁾

Nuestros resultados concuerdan con lo referido por el autor en mención, ya que la autoestima es una capacidad necesaria para enfrentar con ahínco los retos de la vida como en lo personal y con los demás, haciendo posible una relación social saludable que garantiza la proyección futura de la persona. Los niños con discapacidad que tienen padres con autoestima alta tienen una adecuada situación de salud, la cual indica que existe una responsabilidad de los padres que favorece al cuidado del niño. En cambio en niños con discapacidad que tiene padres con una autoestima media o baja presentan una inadecuada situación de salud, ya que el modo de cómo se puede sentir el padre o madre de familia afecta en forma virtual y decisiva en el manejo de las funciones con respecto a su hijo. El nivel de autoestima de los padres determina el cuidado, la situación de salud de sus niños, ya que la autoestima es el amor propio de la persona y eso se va a ver reflejado en el amor que se brinda en el momento del cuidado.

Respecto a la situación de salud en niños con discapacidad en relación al nivel de autoestima de los padres, se define a la autoestima como la confianza y el respeto por sí mismo, reflejando el juicio implícito de la

habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz. El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma virtual y decisiva todas nuestras experiencias, desde la manera en que actuamos en el trabajo, en el amor, o en el sexo, hasta nuestro proceder como padres o las posibilidades que tenemos de progresar.

En conclusión la situación de salud en relación al nivel de autoestima de los padres indica que el 38.2% presenta autoestima media con situación de salud inadecuada, el 29.4% presenta autoestima baja con situación de salud inadecuada y el 17.6% presenta autoestima alta con situación de salud adecuada.

CUADRO N° 06, Sobre la relación de la situación de salud en niños con discapacidad y los antecedentes familiares de discapacidad previa, muestra que el 52.9% de niños presentan antecedentes familiares con discapacidad previa, de los cuales el 32.4% de los niños presentan situación de salud inadecuada y el 20.6% adecuada. Asimismo, el 47.1% no presentan antecedentes familiares con discapacidad previa, de los cuales el 44.1% de los niños presentan una situación de salud inadecuado y el 2.9% adecuado.

Al respecto, Bryden (2012), en la investigación "Nivel de autoestima familiar en niños con discapacidad física", reportó 36.9% (59) de madres o padres no presentaban antecedentes familiares de discapacidad previa y el 3.8% (6) si tuvieron antecedentes familiares que influyen directamente

en el cuidado de salud de los niños con discapacidad ($P < 0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.⁽²⁹⁾

Según Torres (2012), en la investigación "Autoestima familiar y cuidados de salud en niños con discapacidad", refiere que los antecedentes de discapacidades previas son indicadores para que se tomen acciones preventivas de cuidados de salud, ya que existe mayor riesgo de sufrir nuevos eventos de discapacidad en familias con este problema cuyo cuidado de salud es muy delicado.⁽³⁰⁾

Sánchez (2010), reportó de un total de 100 niños evaluados con diferentes discapacidades, el 85% presentaron cuidado de salud inadecuada, de ellos 25% tuvieron antecedentes familiares de discapacidades y el 60% no tenían antecedentes familiares de discapacidad. Asimismo, del 15% de niños con cuidado de salud adecuado, la totalidad de ellos no tenían antecedentes familiares de discapacidad previa, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.⁽³⁹⁾

Los datos encontrados en la presente investigación concuerdan con los datos referidos por los autores, asimismo se pone en manifiesto que los antecedentes familiares de discapacidades previas influyen en los cuidados de salud, ya que los padres o al menos uno de ellos podría padecer de alguna discapacidad que podría afectar el cuidado de salud de los hijos de discapacidad. Los niños con discapacidad que tienen antecedentes familiares de discapacidad previa presentan un alto

porcentaje de la inadecuada situación de salud, y los niños con discapacidad que no tienen antecedentes familiares de discapacidad previa también presentan una inadecuada situación de salud pero en menor porcentaje. Se observó que cuando una familia adquiere experiencia por haber tenido previamente un miembro de familia con discapacidad no muestran un cambio o responsabilidad con el nuevo miembro con este problema, son pocas las familias que al no tener un antecedente familiar con discapacidad se adaptan a la nueva responsabilidad en el cuidado del niño.

Respecto a la situación de salud en niños con discapacidad en relación a los antecedentes familiares de discapacidades previas, se sabe que el antecedente es un indicador de probables ocurrencias de nuevas discapacidades en los hijos cuando esta está ligada a procesos hereditarios. Los padres con alguna discapacidad presentarán dificultades en los cuidados de salud de este tipo de niños, por ello existe elevado porcentaje de niños con cuidados de salud inadecuado. Cada discapacidad presentará una forma de cuidado de salud, sin embargo muchas veces no pueden darle ese tipo de cuidado porque los padres también tienen otras ocupaciones dentro del hogar y la sociedad.

En conclusión la situación de salud en relación a los antecedentes familiares de discapacidad previa de muestra que el 44.1% presenta antecedentes familiares de discapacidad previa con situación de salud inadecuada, el 32.4% no presentan antecedentes familiares de discapacidad previa con situación de salud inadecuada.

CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación se arriba a las siguientes conclusiones:

- 1º Existe relación de la situación de salud con los factores familiares en los niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios", donde se halló con un mayor porcentaje una disfunción familiar moderada con 26.5%, presentando una situación de salud inadecuada en los niños, la autoestima de los padres con 38.2% que presentan autoestima media teniendo niños con situación de salud inadecuada, finalmente familias con antecedentes familiares de discapacidad previa con 44.1% con niños de situación de salud inadecuada.
- 2º El tipo de discapacidad prevalente en la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" se presentó en mayor porcentaje retardo mental, el síndrome de Down con 44.1% casos respectivamente y la sordera con 11.8%.
- 3º La situación de salud en relación a las dimensiones de salud en niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" es en mayor porcentaje inadecuado; el 55.9% para estado nutricional, 67.6% para cuidado corporal y 58.8% para cuidado dental.

4° La situación de salud en niños con discapacidad de la Institución Educativa Básica Especial "San Juan de Dios" de Ayacucho es inadecuado en el 76.5% de los casos y es adecuado en el 23.5% de casos, lo que nos indica que la mayoría de los niños con discapacidad sufren un descuido la cual afecta significativamente la salud de cada uno de ellos.

RECOMENDACIONES

- 1° Realizar investigaciones referidas al tema en los diferentes establecimientos de salud de Ayacucho, debido a que existe considerable número de niños con diferentes discapacidades que solicitan atención médica, para que de esta manera se pueda cuantificar e identificar los factores asociados al cuidado de salud de los niños con discapacidad de Ayacucho.

- 2° Se requiere continuar realizando estudios con estas variables, así como aplicando en otras instituciones de Educación Básica, para así tener más información referencial en futuros estudios. Dentro de un proyecto tan importante como lo fue éste, siempre se desea que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en este aspecto, como en la población con quien se trabajó ya que es un grupo vulnerable que necesita la asistencia para su mejora en la situación de salud de forma integral. Por lo tanto los profesionales de Enfermería deben realizar más trabajos de investigación en grupos con discapacidad ya que es una población poco estudiada y que es factible de apoyar mediante programas de salud que emerjan de los resultados de investigación.

- 3° Las instituciones educativas encargadas que tienen a su cargo a los niños con discapacidad, deben trabajar en la sensibilización a los padres de familia para así poder trabajar conjuntamente en la mejora de la situación de salud de los niños menores con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud(OMS),Banco Mundial. 2011. Informe mundial de la discapacidad.En : <http://www.oms.com/discapacidad/html>
- (2) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda. Costa Rica.2000
- (3) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) .30 abril 2004.México. Disponible en : http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenido_s/estadisticas/2004/nino04.pdf
- (4) Programa de Lucha Contra la Pobreza en Lima Metropolitana (PROPOLI)La Inclusión De Las Personas Con Discapacidad, Sistematización De La Intervención De PROPOLI En Discapacidad: Lecciones Aprendidas Y Recomendaciones Para Futuras Intervenciones. Perú, 2008.
- (5) MIMDES.Sistematización de la intervención de PROPOLI en discapacidad:Lecciones aprendidas y recomendaciones para futuras intervenciones. Lima. 2008. En : <http://www.mindes.com.pe/>
- (6) Encuesta demográfica y de salud familiar. (ENDES) Perú. 2012
- (7) Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS). Perú. 2012
- (8) Comisión Especialde Estudios sobre Discapacidad del Congreso de la República del Perú (CEEDIS). Consulta Nacional sobre Discapacidad realizada .Peru.2003

- (9) Comisión Europea. Infancia, discapacidad y violencia: Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención en las Asociaciones de Discapacitados. España. 2004. En: <http://www.Comisióneuropea.com/Programa Daphne/htm>
- (10) Santos B. Flores C. Afrontamiento del familiar al cuidado de un niño con discapacidad. Veracruz. México. 2009
- (11) Aranda P. Neira D. Dinámica Familiar de Pacientes con Discapacidad Motora Severa del Programa Multidéficit del Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON Santiago. Chile. 2010.
- (12) Control Nacional de Diseminación de Información para Niños con discapacidades (NINCHCY). "La sordera y la pérdida de la capacidad Auditiva." Washington. 2010. Disponible en: <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/spanish/fs3sp.pdf>
- (13) La Comisión Europea. Infancia, Discapacidad y Violencia. Italia. 2004. Disponible en: www.Aiasbo.it
- (14) Arones, Durand. "Actitudes de los padres de niños con discapacidad atendidos en el Centro Educativo Básico Especial San Juan de Dios". Ayacucho. 2003
- (15) Consejería del empleo, Mujer e inmigración. Concepto de Discapacidad. Madrid. España. 2009
- (16) El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2007
- (17) U. S. Departamento de Educación. "Que se abran las puertas: opciones tecnológica y comunicación para los niños con pérdida

auditiva." Washington. 2010. Disponible en :
[www.ed.gov/about/offices/products/openingdoors/que se abran las
puertas.pdf](http://www.ed.gov/about/offices/products/openingdoors/que%20se%20abran%20las%20puertas.pdf)

- (18) Alicia Dimeglio. Definición, dimensiones y diagnóstico de Retardo Mental y sus implicancias educativas. Dirección de Educación Especial de la Plata. Buenos Aires. Argentina. 2003. Disponible en:
[http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacion
especial/normativa/cir5-2003.pdf](http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacion%20especial/normativa/cir5-2003.pdf).
- (19) Lira J. Atención educativa en niños de 0-6 años con discapacidad, factores que inciden en los apoyos de escuela-familia. Ministerio de Educación de Chile.2003.
- (20) Gil Rosario M. Reconstrucciones en la Familia Ante el Reto de la Discapacidad. Universidad Nacional de Cuyo. 2010. Disponible en:
www.tesis_gil_maria_jose.it/pdf.
- (21) Munro R. Evaluación de la Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de Medicina Familiar. Colima.2005.
- (22) Satir V. Autoestima en la Familia. Estados Unidos.2011
- (23) Arias L. y Herrera J. EL APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia.1994. <http://www.educacionenred.com/Noticia/>
- (24) Silvertone L. Johnson N. Caries Dental. Etiología, Patología y Prevención. México.1985.
- (25) Bueno M. Sarría A. Exploración General de la Nutrición. Tratado de exploración Clínica en Pediatría. España. 2001.

- (26) Bueno M, Moreno LA, Bueno G. Valoración clínica, antropométrica y de la composición corporal En: Tojo R. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona España. Barcelona .España 2001.
- (27) Poletti R. Dobbs B. Test de Autoestima. Libro "Cuaderno de ejercicios para aumentar la autoestima". Navona. Italia.2004.
- (28) Roque MP, Acle G. Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. UniversitasPsychologica V. 12 No. 3 julio-septiembre 2013: 811 - 820.
- (29) Bryden GH. Nivel de autoestima familiar en niños con discapacidad física. Resumen de Investigaciones en Psicología. Venezuela 2012, Vo.l 1(2): 125-135.
- (30) Torres HJ. Autoestima familiar y cuidados de salud en niños con discapacidad. Venezuela 2012, Vol. 1(2): 271.279.
- (31) Madrigal A, González AR. Estado nutricional de niños con Síndrome Down del Centro Nacional de Educación Especial de Costa Rica. RevCostarr Salud Pública 2009; 18. 72-78.
- (32) Cresp M, Caamaño F, Ojeda R, Machuca C, Carrasco A. Correlación de variables antropométricas como predictor de salud, en una población de niños y adolescentes con síndrome de Down de Temuco, Chile. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 193-198.
- (33) Muñoz L, Arias S, Romero C, Hidalgo CR. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(4) ISSN 1025-0255.

- (34) Rodríguez E. Evaluación de la salud integral en niños con discapacidad. Venezuela, Resumen de Investigaciones en Salud. 2010, Vol. 1 (1): 456-463.
- (35) Martínez M. Niños con discapacidad: Cuidados de salud integral. Venezuela Resumen de Investigaciones en Salud. 2011, Vol. 2 (1): 1231-132.
- (36) Velázquez J. Funcionalidad y autoestima familiar en los cuidados de salud integral en niños con discapacidad física. Resumen de Investigaciones en Salud. 2012, Vol. 3(2): 335-349.
- (37) Gómez C. Discapacidades en la Infancia. España. 2005. Disponible en:[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/discapacidades en la infancia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/discapacidades_en_la_infancia.pdf).
- (38) Serrano M. y Torrelles . Estado de Salud Bucodental en Niños con Discapacidad Intelectual. Venezuela. 2011. Disponible en:<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art5.asp>.
- (39) Sánchez P. Cuidados de salud de los niños con discapacidad en los institutos especializados de atención integral de Caracas – Venezuela. 2010.

ANEXOS



GUÍA DE ENTREVISTA

Sr. Padre de familia; la presente tiene la finalidad de conocer algunos aspectos relacionados a la salud de su menor hijo, se le solicita responder con veracidades los enunciados presentados; se guardará confidencialidad con la información vertida por su persona.

I.- DATOS GENERALES

a.- ¿Qué parentesco tiene con el niño?.....

b.- ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Sin instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

c.- ¿Cuál es su religión?

- Católico ()
- Evangélico ()
- Otro ()

d.- ¿Cuál es su estado civil?

- Madre/padre soltero ()
- Casada(o) ()
- Conviviente ()
- Divorciada (o) ()
- Viuda(o) ()

e.- ¿Alguien de su familia presenta algún tipo de discapacidad?

- Si ()
- No ()

II.- DATOS DEL NIÑO

e.- ¿Qué tipo de discapacidad tiene el niño(a)?

- Sordera ()
- Retraso mental ()
- Síndrome de Dawn ()

f.- Edad:.....

g.- Talla:..... h.- IMC:.....

i.- Estado Nutricional (según IMC):

- ADECUADO
- Normal ()
- INADFECUADO
- Delgadez severa ()
- Delgadez ()
- Sobre peso ()
- Obesidad ()

APGAR FAMILIAR

Nombre completo:.....

Fecha de aplicación:.....

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el (los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quién(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Ítems	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a.- el tiempo para estar juntos b.- los espacios en casa c.- el dinero					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien puede buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigas y amigos.					
TOTAL					

Para cada pregunta marcar solo una X en el caso específico para usted.

BUENA FUNCIÓN FAMILIAR

18 – 20 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR LEVE

14 – 17 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR MODERADA

10 – 13 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR SEVERA

9 PUNTOS O MENOS

FUENTE: Arias L. y Herrera J. EL APGAR familiar en el cuidado de la salud. Colombia.1994



EL TEST DE AUTOESTIMA

Responde cada pregunta con las opciones:

Ítems	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me siento alegre			
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.			
3. Me siento triste.			
4. Me siento cómodo con la gente que no conozco.			
5. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.			
6. Siento que soy agradable a los demás.			
7. Es bueno cometer errores.			
8. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.			
9. Me siento el ser menos importante del mundo.			
10. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.			
11. Todo me sale mal.			
12. Siento que el mundo entero se ríe de mí.			
13. Acepto de buen grado la crítica constructiva.			
14. A mí todo me resbala.			
15. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.			
16. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.			
17. Me divierte reírme de mis errores.			
18. Yo soy perfecto (a).			
19. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.			
20. Me gustaría cambiar mi apariencia física.			
21. Acepto los retos sin pensarlo.			
22. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.			
23. Siento que los demás dependen de mí.			

24. Los demás cometen muchos más errores que yo.			
25. Me considero sumamente agresivo.			
26. Me aterran los cambios.			
27. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.			

EVALUACION

Autoestima alta	(55 - 81 puntos)	<input type="checkbox"/>
Autoestima media	(28 - 54 puntos)	<input type="checkbox"/>
Autoestima baja	(0 - 27 puntos)	<input type="checkbox"/>

FUENTE: (29) Poletti R. Dobbs B. Test de Autoestima. Libro "Cuaderno de ejercicios para aumentar la autoestima". N avona. Italia. 2004

FICHA DE EVALUACION DE CUIDADO CORPORAL

	SI (1)	NO (2)
ASEO DE LA PIEL		
Piel limpia		
Presencia de heridas, cortes contusión		
Dermatitis		
Presencia de heridas		
ASEO DE LA CABEZA		
Cabello lavado		
Cabello peinado		
Presencia de pediculosis		
Textura del cabello (quebradizo)		
ASEO DE OIDOS		
Oídos limpios		
Presencia de secreciones		
Presencia de dolor		
Presencia de laceraciones		
ASEO DE LOS ORIFICOS NAALES		
Orificio nasal limpios		
Presencia de secreciones , heridas		
Presencia de secreciones sanguinolentas o purulenta		
Presencia de dolor		
ASEO DE MANOS		
Maños limpias		
Uñas limpias y cortadas		
Presencia de heridas y cortes		
Presencia de escamas		
ASEO DE LOS PIES		
Pies limpios		
Uñas limpias y cortadas		
Presencia de heridas y cortes		
Presencia de micosis		
VESTIMENTA		
Adecuado para la temporada		
Vestimenta limpia		
Presenta ropa interior		
Vestimenta con roturas		

EVALUACION:

INADECUADO(33 – 64)

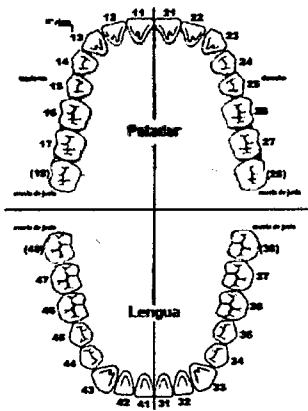
ADECUADO (01 –32)

FUENTE:AYALA A. Y GARCIA P.

FICHA DE CUIDADO DENTAL

	SI (1)	NO (2)
Tiene cepillo de dientes en casa		
Hoy se cepilló los dientes		
Alguna vez visitó al Odontólogo		
Ha tenido alguna vez dolor de muela		
Presenta dientes con sarro		
Presenta mal aliento		
Presenta dientes completos		
Presencia de caries		
Consumo de dulces frecuentemente		
Sabe cepillarse los dientes		

OBSERVACION



Dientes con caries

Dientes que faltan

EVALUACION:

INADECUADO 11 – 20 ()

ADECUADO 01 – 10 ()

FUENTE: Ayala A. y García P.