



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE UN  
CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL DEL DISTRITO DE  
SAN JUAN DE MIRAFLORES

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**AUTOR**

DENNIS MAURICIO VELÁSQUEZ VILCHEZ

**ASESOR**

DR. VICTOR HUGO VILLANUEVA ACOSTA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FAMILIA Y DE LA  
PAREJA

**LIMA, PERÚ, FEBRERO DE 2021**

## **DEDICATORIA**

A mi familia, en particular a la memoria de mis abuelos maternos Juan y Rosa.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a Dios por permitirme vivir este momento tan importante en mi carrera profesional.

A mi familia por darme su apoyo incondicional y motivarme a concluir este trabajo de investigación.

Por último, agradecer a mi asesor de tesis por su orientación para elaborar este trabajo de investigación y su culminación con éxito.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	x
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Justificación e importancia de la investigación .....	16
1.3. Objetivos de la investigación .....	17
1.3.1. Objetivo general .....	17
1.3.2. Objetivos específicos .....	17
1.4. Limitaciones de la investigación .....	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudio.....	21
2.1.1. Internacionales .....	21
2.1.2. Nacionales .....	24
2.2. Bases teóricas científicas .....	27
2.2.1. Marco histórico de la calidad de vida .....	27
2.2.2. Fundamentos teóricos de la calidad de vida .....	28
2.2.3. El modelo de la calidad de vida .....	31
2.2.4. Evolución histórica de la discapacidad de la discapacidad.....	35
2.2.5. Discapacidad intelectual .....	38
2.2.6. Parálisis cerebral.....	44
2.2.7. Síndrome de Down.....	44
2.2.8. Trastorno espectro autista.....	47
2.2.9. La discapacidad severa y la discapacidad múltiple sensorial .....	49
2.2.10. El centro de educación básica especial (CEBE).....	49
2.2.11. La familia ante la discapacidad .....	52
2.3. Definición de la terminología empleada.....	54

### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

3.1.	Tipo y diseño de investigación.....	58
3.1.1.	Tipo de investigación.....	58
3.1.2.	Diseño de investigación.....	58
3.2.	Población y muestra.....	58
3.2.1.	Población.....	58
3.2.2.	Muestra.....	59
3.3.	Hipótesis.....	60
3.3.1.	Hipótesis general.....	60
3.3.2.	Hipótesis específicas.....	60
3.4.	Variable – Operacionalización.....	61
3.5.	Métodos y técnicas de investigación.....	63
3.5.1.	Escala de evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad.....	63
3.5.2.	Aspectos psicométricos.....	64
3.5.3.	Aspectos psicométricos de la versión adaptada.....	65
3.6	Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	67

### **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1.	Resultados descriptivos e inferenciales.....	70
4.2.	Contrastación de hipótesis.....	75

### **CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.	Discusión.....	81
5.2.	Conclusiones.....	86
5.3.	Recomendaciones.....	87

### **REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Cuadro etiológico de la discapacidad intelectual.....	40
Tabla 2	Cuadro de clasificación de la discapacidad intelectual.....	43
Tabla 3	Operacionalización de la variable calidad de vida.....	62
Tabla 4	Coeficientes V de Aiken para los ítems de la Escala de Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidad.....	66
Tabla 5	Consistencia interna de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en niños y adolescentes con discapacidad .....	67
Tabla 6	Medidas estadísticas descriptivas de la calidad de vida .....	70
Tabla 7	Niveles de la dimensión inclusión social .....	70
Tabla 8	Niveles de la dimensión autodeterminación .....	71
Tabla 9	Niveles de la dimensión bienestar emocional.....	71
Tabla 10	Niveles de la dimensión bienestar físico .....	72
Tabla 11	Niveles de la dimensión bienestar material .....	72
Tabla 12	Niveles de la dimensión derecho.....	72
Tabla 13	Niveles de la dimensión desarrollo personal .....	73
Tabla 14	Niveles de la dimensión relaciones interpersonales.....	73
Tabla 15	Niveles de la variable calidad de vida .....	74
Tabla 16	Prueba de ajuste de normalidad de la calidad de vida .....	74
Tabla 17	Diferencias en la calidad de vida según sexo .....	75
Tabla 18	Diferencias en la calidad de vida según edad .....	77
Tabla 19	Diferencias en la calidad de vida según diagnóstico clínico .....	79

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE UN CENTRO DE  
EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE  
MIRAFLORES**

**DENNIS MAURICIO VELÁSQUEZ VILCHEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**RESUMEN**

La indagación tuvo como propósito realizar la medición de la calidad de vida en personas con discapacidad física y cognitiva de un Centro de Educación Básica Especial (CEBE) ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores. Se asumió un estudio de tipo descriptivo – comparativo, con un diseño no experimental. La muestra fue de 65 padres de familia que tienen a su cargo hijos con alguna discapacidad física y cognitiva. La prueba que se utilizó fue la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida de niños y adolescentes con discapacidad creado por Gómez, Alcedo, Verdugo, Arias, Fontanil, Arias, Monsalve y Morán (2016), constituido por 8 dimensiones. Los resultados indican que las dimensiones que abarca la calidad de vida como: bienestar emocional, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación, bienestar físico, bienestar material, derechos y relaciones interpersonales se localizan en un nivel medio. Asimismo, en las medidas estadísticas descriptivas de la calidad de vida se evidencia que la dimensión de bienestar emocional indica ser la media más alta y la dimensión de inclusión social se ubica ser la media más baja. A la conclusión que se arriba es que las personas con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial en las diferentes dimensiones que comprende la calidad de vida obtienen un nivel medio además se acepta las hipótesis nulas planteadas referente a la comparación según el sexo y la edad debido a que no se encontró diferencias estadísticas significativas ( $p > .05$ ).

**Palabras clave:** calidad de vida, discapacidad física, discapacidad cognitiva.

# QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH DISABILITIES AT A SPECIAL BASIC EDUCATION CENTER OF THE DISTRICT OF SAN JUAN DE MIRAFLORES

DENNIS MAURICIO VELÁSQUEZ VILCHEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## ABSTRACT

The purpose of the inquiry was to measure the quality of life of people with physical and cognitive disabilities in a Special Basic Education Center (CEBE) located in the district of San Juan de Miraflores. A descriptive-comparative study was assumed, with a non-experimental design. The sample consisted of 65 parents who are responsible for children with some physical and cognitive disability. The test used was the Quality-of-Life Assessment Scale for children and adolescents with disabilities created by Gómez, Alcedo, Verdugo, Arias, Fontanil, Arias, Monsalve and Morán (2016), consisting of 8 dimensions. The results indicate that the dimensions that quality of life encompasses such as: emotional well-being, personal development, social inclusion, self-determination, physical well-being, material well-being, rights and interpersonal relationships are located at a medium level. Likewise, in the descriptive statistical measures of quality of life, it is evident that the emotional well-being dimension indicates to be the highest average and the social inclusion dimension is located to be the lowest average. The conclusion that is above is that people with disabilities from the Center for Special Basic Education in the different dimensions that comprise the quality of life obtain a medium level, in addition to accepting the null hypotheses regarding the comparison according to sex and age due a that no statistically significant differences were found ( $p > .05$ ).

**Keywords:** quality of life, physical disability, cognitive disability.



**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UM CENTRO  
ESPECIAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA DO DISTRITO DE SAN JUAN DE  
MIRAFLORES**

**DENNIS MAURICIO VELÁSQUEZ VILCHEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**RESUMO**

O objetivo da pesquisa foi medir a qualidade de vida de pessoas com deficiência física e cognitiva em um Centro Especial de Educação Básica (CEBE) localizado no bairro de San Juan de Miraflores. Foi assumido um estudo descritivo-comparativo, com desenho não experimental. A amostra foi composta por 65 pais responsáveis por filhos com alguma deficiência física e cognitiva. O teste utilizado foi a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida para crianças e adolescentes com deficiência elaborada por Gómez, Alcedo, Verdugo, Arias, Fontanil, Arias, Monsalve e Morán (2016), composta por 8 dimensões. Os resultados indicam que as dimensões que a qualidade de vida engloba como: bem-estar emocional, desenvolvimento pessoal, inclusão social, autodeterminação, bem-estar físico, bem-estar material, direitos e relações interpessoais situam-se em um nível médio. Da mesma forma, nas medidas estatísticas descritivas de qualidade de vida, fica evidente que a dimensão bem-estar emocional indica ser a maior média e a dimensão inclusão social se localiza como a menor média. A conclusão que fica acima é que as pessoas com deficiência do Centro de Educação Básica Especial nas diferentes dimensões que compõem a qualidade de vida obtêm um nível médio, além de aceitar as hipóteses nulas quanto à comparação por sexo e idade devido a que nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada ( $p > 0,05$ ).

**Palavras-chave:** qualidade de vida, deficiência física, deficiência cognitiva.

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis es una investigación en personas con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial (CEBE en adelante) Reverenda Madre Mariana Carrigan, el lugar se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores específicamente en la zona de Pamplona Alta, la finalidad de la investigación es obtener datos para saber cuáles son los niveles de calidad de vida de las personas que presentan una discapacidad física y cognitiva. Al lector o al futuro investigador que se encuentre interesado en realizar indagaciones sobre la calidad de vida en personas con discapacidad debe tener en cuenta que los resultados que se obtuvieron de las diferentes dimensiones que abarca la calidad de vida, debe situarse en la realidad donde estas personas se desenvuelve, ya que el espacio geográfico de la zona es muy accidentado y sus hogares, en la mayoría de ellas, se encuentran ubicadas en las partes más altas de los cerros lo cual hace que el acceso a sus viviendas sean muy compleja por no contar con caminos asfaltados o escaleras para que tengan un tránsito adecuado; otro factor que debe de estar en la mente del investigador o lector son los bajos recursos económicos de las familias de las personas con discapacidad lo cual no permite que tengan las atenciones necesarias para que obtengan un nivel de calidad de vida adecuada. Los padres de familia o los apoderados de las personas con discapacidad en su mayoría solo tienen trabajos ocasionales para poder sustentar las demandas del hogar, otro grupo de padres de familia se dedican al comercio ambulatorio y lo que ganan solo le permite sustentar algunos víveres de la canasta básica de una familia; en ese sentido, los ingresos bajos de los padres de familia no hace posible que las personas con discapacidad accedan a terapias o tratamientos que requieren para que dispongan de una adecuada calidad de vida, tan solo un pequeño grupo de padres de familia cuenta con un trabajo formal.

Por tanto, es de interés conocer y comparar las características de la calidad de vida que perciben los padres de familia de hijos con discapacidad física y cognitiva. Para tal fin, esta tesis se ha estructurado de la forma siguiente: En el capítulo uno encontraremos la realidad problemática que se

centrará la investigación, del mismo modo se encuentra la formulación del problema, la justificación y los objetivos que dirigen y motivan la investigación.

En el capítulo dos se podrán leer las diversas investigaciones nacionales y extranjeras, también se podrá visualizar el marco teórico el cual sustenta la viabilidad del trabajo de investigación. Encontraran la definición y conceptualización de la calidad de vida y los diversos tipos de discapacidades.

En el capítulo tres se leerá el tipo y diseño de investigación, la población y muestra para la realizar de la tesis, el planteamiento de la hipótesis general y específicas, la definición y la operacionalización de la variable del trabajo de investigación, así como los métodos y técnicas de investigación.

En el capítulo cuatro se define los principales resultados descriptivos e inferenciales de la investigación los cuales estarán reflejados en tablas estadísticas. Del mismo modo, se contrastaron cada una de las hipótesis planteadas.

Por último, en el capítulo cinco de este trabajo de investigación estará la discusión que se realizó de acuerdo a los resultados que se reflejan en las tablas estadísticas. Asimismo, se leen las conclusiones que se arriba producto de la investigación y se brindan recomendaciones para mejorar los resultados que se han obtenido.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. Realidad problemática

Desde hace décadas, la calidad de vida en personas con discapacidad ha sido investigada en diferentes lados del mundo. Por ejemplo, en Europa específicamente en España, la calidad de vida en personas con discapacidad ha sido indagada en las diversas dimensiones que abarca la calidad de vida como la inclusión social, el bienestar físico, el derecho, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el bienestar emocional, el desarrollo personal y la autodeterminación, que ha sido de gran interés en el campo de la investigación.

Verdugo y Schalock (2010) realizan una definición sobre la calidad de vida manifestando que es un: “estado deseado de bienestar personal que se caracteriza por ser multidimensional, por tener propiedades universales y propiedades ligadas a la cultura por tener componentes objetivos y subjetivos y por estar influenciado por características personales y factores ambientales” (p.10). Hablar de calidad de vida de los sujetos con discapacidad implica tener un apoyo de parte de los factores protectores, en este caso la gran mayoría ha pasado por una serie de falta de atención en su desarrollo.

En América Latina hay escasas investigaciones que aborden la calidad de vida en personas con discapacidad. No obstante, Chile es uno de los países de América Latina que más ha investigado sobre el tema, dichas investigaciones realizadas en este colectivo han permitido al estado chileno mejorar las condiciones de vida de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, de igual forma estas investigaciones han ayudado en prevenir e intervenir oportunamente.

En el Perú muy pocas instituciones de educación superior han investigado sobre calidad de vida en personas con discapacidad, es por tal motivo que esta investigación nace por la preocupación de examinar a este colectivo, el cual no es tomado como una prioridad en el campo de la investigación científica para saber cuál es su estado de bienestar en las diferentes dimensiones que abarca el concepto calidad de vida, tampoco sabemos qué medidas se deben de tomar

para prevenir e intervenir para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014) refiere que en el 2012 cuando se llevó a cabo el primer sondeo sobre discapacidad en el Perú demostró que en nuestro país había 1, 575,402 personas que padecen algún tipo de discapacidad implicando al 5.2 % de la población total del país, siendo 754,671 hombres y 820,731 mujeres.

Rivas (2017) menciona que en el 2005 las instituciones públicas como el Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI en adelante) encontraron 457,550 personas con discapacidad a nivel de Lima metropolitana y el Callao, lo que representa el 19,8% de la población del país.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008) indica que, en el registro de vivienda y población nacional realizado en el 2007, los resultados del censo arrojaron que el 10,9% de los hogares del país hay personas con algún tipo de discapacidad. Según el INEI, la prevalencia de personas con discapacidad es de 11,7% en Lima provincias y en Lima Metropolitana. En cuanto a la población por algún tipo de discapacidad el propio INEI muestra que la prevalencia de personas con discapacidad motora es del 3,5%, la prevalencia de discapacidad auditiva es del 2,9% y la prevalencia de discapacidad intelectual es del 1,6%.

El estudio se desarrolla en el Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan, la mencionada institución educativa se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores específicamente en Pamplona Alta. La población objeto de investigación es de condición socioeconómica baja, los habitantes del lugar se dedican al comercio ambulatorio y trabajo eventual. Esta institución acoge a personas con discapacidad de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador.

En este centro se observa que los estudiantes con discapacidad presentan dificultades en su calidad de vida, en la medida que los padres de familia y

familiares que los cuidan no disponen de los conocimientos necesarios para poder atender adecuadamente las necesidades de las diferentes dimensiones que cubre la calidad de vida, asimismo la infraestructura de las viviendas de los estudiantes con discapacidad no es la adecuada debido a la precariedad de la distribución de los espacios al igual que también hay algunas familias que comparten y conviven en un solo ambiente lo cual hace imposible que el estudiante tenga un cuidado apropiado en su mismo hogar; hay que resaltar que las viviendas se encuentran ubicadas en zonas muy accidentadas para desplazarse y llegar donde vive el estudiante, la mayor parte de las casas están hechas de materiales como esteras y triplay estas viviendas no cuentan con los servicios básicos como agua y luz cabe añadir que alrededor de las casas no hay pistas asfaltadas y no hay escaleras que faciliten el tránsito para llegar a sus hogares en la temporada de invierno donde cae la lluvia las vías de tránsito se vuelven fangosas lo cual hace que los estudiantes no puedan movilizarse a la institución educativa, centros de atención médica para que puedan recibir las atenciones pertinentes y así poder mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, la relación familiar dentro del hogar de los estudiantes con discapacidad suele ser disfuncional debido a la inadecuada comunicación que hay entre los padres, los hijos y otros integrantes que conforman el núcleo familiar, así mismo el estado emocional de los padres de familia se encuentra muy afectado debido a que les cuesta aceptar que su menor hijo padece algún tipo de discapacidad. Además, la mayoría de los padres de familia y familiares son analfabetos o solo tienen educación primaria incompleta, por si fuera poco, no cuentan con ingresos económicos suficientes para poder sustentar las necesidades básicas del hogar y la familia, agravando aún más la percepción de calidad de vida.

Por ello es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿Qué diferencia existe al comparar la calidad de vida en personas con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores?

## 1.2. Justificación e importancia de la investigación

El trabajo de investigación tiene pertinencia teórica debido a que tiene la intención de generar reflexión y debate en torno a la calidad de vida en personas con discapacidad que pertenecen a una comunidad. La calidad de vida presenta diversas dimensiones tales como la inclusión social el cual se refiere como la persona con discapacidad se integra y participa dentro de la sociedad, la autodeterminación donde se ve si la persona con discapacidad toma decisiones o se le da la oportunidad para que pueda elegir las cosas que más le gusta, el bienestar emocional es donde la persona con discapacidad como se siente en el entorno donde vive si es un ambiente de tranquilidad y seguridad, el bienestar físico abarca como la persona que padece algún tipo de discapacidad presenta buena salud y tiene adecuados hábitos alimenticios, el bienestar material indica si la persona con discapacidad tiene los medios económicos para poder acceder a servicios y poder cubrir sus necesidades básicas, la dimensión de derecho está referida si la persona con discapacidad es tratada sin discriminación como cualquier persona, el desarrollo personal es cuando la persona que padece algún tipo de discapacidad tiene la posibilidad de aprender cosas distintas para su vida diaria y por último las relaciones interpersonales nos indica como la persona con algún tipo de discapacidad se relaciona con diferentes personas del vecindario.

De otro lado la investigación presenta pertinencia metodológica, ya que el tema es poco indagado en el campo académico y científico. Asimismo, en nuestro país no existen suficientes indagaciones ejecutadas sobre calidad de vida en individuos con discapacidad, por ello el propósito de la investigación es aportar y ser referente para futuras realizaciones de investigación sobre el tema y no solo para la Psicología sino para otras disciplinas que se encuentren interesadas en profundizar sobre el ámbito de las personas que tengan algún tipo de discapacidad sea cognitiva, motora, auditiva, visual, discapacidad múltiple sensorial, etc., para que así puedan brindar soluciones y mejorar las condiciones de vida e inclusión dentro de la sociedad. El instrumento que se



aplicará en la ejecución del trabajo de investigación evalúa las diferentes dimensiones de la calidad de vida.

En el sentido de una pertinencia práctica, el estudio es relevante para el sector educativo especial permitiendo a las instituciones educativas planificar y optimizar la atención a las personas con discapacidad múltiple sensorial y discapacidad severa y orientar cuales son los puntos necesarios para ir tratado en los talleres de padres de familia. De igual forma, es relevante para la práctica profesional de la Psicología porque permite a los psicólogos y psicólogas que laboran en los centros educativos especiales conocer con mayor profundidad cual es el estado de la calidad de vida de las personas con discapacidad teniendo en cuenta la realidad donde se desenvuelve y vive.

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Establecer si existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Precisar el nivel de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
2. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de inclusión social en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
3. Determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de autodeterminación en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.

4. Determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar emocional de las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
5. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
6. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar material en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
7. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión derechos en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
8. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión desarrollo personal en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
9. Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
10. Comparar los niveles de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo y edad.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

Una de las principales limitaciones para este estudio, fue no encontrar suficientes investigaciones nacionales y extranjeras que aborden directamente la variable calidad de vida en personas con discapacidad física o cognitivas.

Por otro parte, la recolección de los datos a través del instrumento seleccionada se tuvo que realizar en varios días, ya que los padres no se podían reunir en un día preciso.

De igual forma, en el momento de la aplicación de la prueba cierto grupo de padres de familias mostraron dificultad para desarrollar el cuestionario alegando que no sabían leer o tenían problemas de comprensión lectora, por tal motivo se les tuvo que leer en voz alta y explicar de forma individual las preguntas para que puedan completarlas.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de estudios**

### **2.1.1. Internacionales**

En Chile, Castro, Cerda, Vallejos, Zúñiga y Cano (2016), realizaron un estudio sobre la calidad de vida en los centros de formación laboral donde hay personas con discapacidad intelectual. El diseño utilizado fue descriptivo. La muestra fue de 751 sujetos con diagnóstico de discapacidad intelectual para aplicar la evaluación subjetiva. Asimismo, la evaluación objetiva de la prueba se le aplicó a 82 profesionales. La herramienta utilizada en el estudio es una escala integral, objetiva y subjetiva de valoración de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual creada en el 2009 por Verdugo, Gómez, Arias y Schalock. Los resultados mostraron que las personas con discapacidad intelectual tienen una mayor autoconciencia de la calidad de vida que los profesionales a cargo de su cuidado. En la investigación se encontró que la dimensión de autodeterminación se encuentra en un nivel bajo, y las otras dimensiones como de bienestar físico, emoción y laboral están en un nivel alto. El estudio concluyó que los profesionales tienen un alto nivel referente a la calidad de vida en las personas con discapacidad intelectual en términos de inclusión social, bienestar material y autodeterminación.

En Colombia, Córdoba, Henao y Verdugo (2016), realizaron una indagación sobre la calidad de vida en adultos con discapacidad intelectual. El diseño utilizado fue correlacional. La muestra incluyó a 602 adultos con discapacidad intelectual y sus principales informantes. La herramienta utilizada fue la escala INICO-FEAPS, la cual fue construida en base al modelo de la calidad de vida de Schalock y Verdugo. Los resultados de la investigación indicaron que la dimensión de bienestar físico obtuvo la puntuación más alta con una media de 28, 53 seguidamente por la dimensión de inclusión social con una media de 27, 70. Asimismo las dimensiones que alcanzaron puntuaciones bajas fueron la de relaciones interpersonales con una media de 25, 16 así como la autodeterminación con una media de 24, 57. Los autores concluyeron que se debe de brindar mayor ayuda para que los individuos

diagnosticados con discapacidad intelectual tengan capacidad de decisión y de elección en situaciones de su vida.

En España, Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz, Giménez-García y Ruiz-Palomino (2016), desarrollaron una investigación sobre la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual la cual fue evaluada por los profesionales y las mismas personas que tenían la condición de discapacidad intelectual. El diseño utilizado para el estudio fue descriptivo. La muestra incluyó a 360 adultos con discapacidad intelectual y 103 profesionales que trabajan con gente diagnosticada con discapacidad intelectual. La herramienta utilizada fue la escala INICO-FEAPS elaborada en el 2013 por Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Clavero y Tamarit. Los resultados muestran que la calidad de vida se puede evaluar en cinco dimensiones, entre las que se encuentra las dimensiones como bienestar físico, material, derecho y también hay grandes diferencias en el bienestar emocional y la autodeterminación. El estudio concluyó que existe una diferencia en la dimensión de autodeterminación entre profesionales y personas con discapacidad intelectual, porque el grupo de profesionales refirió que las personas con discapacidad intelectual tienen autonomía, privacidad y libertad para tomar decisiones. Si bien las personas con discapacidad intelectual tienen una valoración baja en este aspecto, pero tienen una apreciación alta de su calidad de vida. Esta diferencia puede deberse a que los profesionales han realizado algún tipo de evaluación debido a su conocimiento de las capacidades de las personas con discapacidad intelectual.

En Brasil, Alencar y Vieira (2015), investigaron la calidad de vida de los adolescentes con necesidades especiales en Pernambuco. El diseño utilizado para el estudio fue descriptivo. La muestra incluyó a 72 adolescentes de 10 a 19 años con necesidades especiales. La herramienta utilizada fue el examen de calidad de vida elaborado por la Organización Mundial de la Salud en su forma abreviada. Los resultados muestran que las personas con discapacidades físicas tienen una evaluación general más baja de la calidad de vida, mientras que las personas con discapacidades visuales tienen una mejor comprensión de la calidad de vida. El estudio concluyó que los

adolescentes con discapacidad física tienen una menor percepción de su calidad de vida, mientras que los adolescentes con discapacidad visual tienen una mejor percepción de su calidad de vida.

En Chile, Cárdenas, Gutiérrez, Méndez y Velásquez (2015), realizaron una investigación para estudiar la calidad de vida de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. El diseño utilizado para el estudio fue descriptivo correlacional. La muestra fue de 28 personas con discapacidad intelectual. El instrumento de evaluación que utilizaron fue la Prueba de Calidad de Vida para Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo establecida por Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Clavero y Tamarit en 2013. Los resultados del estudio muestran que las dimensiones y puntuaciones de la calidad de vida más altas son la de desarrollo personal y bienestar material, mientras que las puntuaciones más bajas en la calidad de vida son la de relaciones interpersonales, bienestar físico e inclusión social. Se concluyó que la autopercepción es importante para poder valorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual sin necesidad de contar con otras personas que deba hablar por ellos.

En Chile, Vega, Jenaro, Flores, Cruz y Lerdo de Tejada (2013), desarrollaron una investigación dirigida a estudiar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, cuyo propósito es recolectar evidencia adicional sobre la escala de calidad de vida intercultural para adultos con discapacidad intelectual que son albergados en residencias permanentes. El diseño utilizado para el estudio fue descriptivo. La muestra incluyó a 285 personas con discapacidad intelectual mayores de 18 años de la Fundación Coanil en la quinta región y área metropolitana de Chile. La herramienta utilizada en este estudio fue la Escala transcultural de indicadores de calidad de vida creada por Verdugo, Schalock, Wehmeyer, Caballo y Jenaro en 2001. Como resultado, existe una diferencia significativa en la dimensión de bienestar físico que abarca la calidad de vida, se obtiene el promedio más alto de 14,4% y el promedio más bajo de 7,06% para la dimensión de derecho. La conclusión que se extrae de la investigación es que los centros residenciales deben ajustar su práctica de modelo de atención general a un modelo basado en un modelo

de vida de apoyo para conseguir la completa inclusión social y la autodeterminación.

### **2.1.2. Nacionales**

Berrospi, Sánchez y Cardozo (2018), realizaron una indagación para determinar la incidencia de la tartamudez referente a la alteración de la fluidez verbal y el ritmo en la calidad de vida de pacientes adultos tartamudos que participaban en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en Lima. El diseño de la investigación es descriptivo y comparativo. La muestra incluyó a 10 pacientes adultos tartamudos entre las edades de 18 y 34 años que asistieron al Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje. La herramienta de evaluación utilizada fue una prueba general de la experiencia de los hablantes tartamudos-versión "A" para adultos. Los resultados del estudio mostraron que el 100% de los participantes tenían barreras que perjudicaban su calidad de vida, y los resultados mostraron que no hubo diferencia significativa entre la calidad de vida de la muestra y el momento en que se descubrió el tratamiento. La conclusión del trabajo de investigación es que la impresión en la calidad de vida de los sujetos que presentan tartamudez depende de las diferencias individuales en la naturaleza multidimensional de la enfermedad. Además, el estudio muestra que un tratamiento adecuado puede mejorar la calidad de vida de los adultos.

Rojas (2017), efectuó una investigación sobre las falsas creencias y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con trastorno espectro autista en diferentes centros especiales ubicados en Lima sur. El diseño del trabajo de investigación fue descriptivo y correlacional. La muestra consistió en 52 padres de tres diferentes centros de educación básica especial en Lima sur. La prueba utilizada por los investigadores fue un test de falsas creencias sobre el trastorno espectro autista y un test de cumplimiento del cuidador. Los resultados de la investigación muestran que existe una alta correlación entre el



nivel de falsas creencias y el cumplimiento del cuidador. De manera similar, la investigación muestra que no existen discrepancias significativas según el estado civil, género y nivel educativo, en cuanto a falsas creencias y cumplimiento del cuidador.

Rivas (2017), realizó un estudio para adaptar la escala de calidad de vida en gente con discapacidad intelectual en Lima. El diseño de la investigación fue no experimental. La muestra del estudio consistió en 118 personas con discapacidad intelectual de entre 18 y 58 años. La herramienta psicométrica que se adaptó fue la escala de calidad de vida para gente diagnosticada con discapacidad intelectual, que consta de 2 subescalas. Los resultados del estudio mostraron que la escala de calidad de vida se correlacionó a través del criterio de los jueces con puntaje Aiken  $V$  mayor a 0,80, la validez de las dos subescalas y la prueba de validez de constructo del método de correlación de ítems. Mayor que 57. De manera similar, los informes de otras personas tienen una alta confiabilidad ( $\alpha = 933$ ), y en los autoinformes, los informes también tienen una alta confiabilidad ( $\alpha = 904$ ). El autor que desarrolló la adaptación de la prueba concluyó que la Escala de Calidad de Vida tiene buenas propiedades psicométricas en sus dos subescalas para evaluar la calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales.

Maquera (2017), investigó el nivel de conocimiento del maestro sobre los niños con necesidades especiales en la Institución Educativa N° 70025 Independencia Nacional ubicada en la región de Puno, 2016. El diseño del estudio fue descriptivo. La muestra fue de 27 profesores de la institución educativa. La herramienta de evaluación utilizada fue una prueba de conocimientos docentes sobre temas educativos para personas con necesidades especiales. Los resultados mostraron que el 81% de los profesores indicaron que no podían tratar y enseñar a los estudiantes con necesidades especiales debido a la falta de conocimiento estratégico sobre cómo enseñarles. El 76% de los docentes dijo que existen grandes dificultades para tratar y enseñar a los estudiantes con necesidades especiales. Las conclusiones del estudio son impactantes, pues los maestros de esta

institución educativa tienen dificultad para cooperar con los estudiantes discapacitados por el desconocimiento de las necesidades especiales de los estudiantes con discapacidad.

Chávez (2015), desarrollo una investigación para analizar la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en personas en condición de discapacidad física del Centro de Integración de Discapacidad de Trujillo. El diseño del trabajo de indagación fue descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 134 hombres y mujeres de entre 15 y 60 años. Las herramientas de evaluación que utilizaron fue el test de Calidad de Vida creada por Howard Barnes y David Olsón en 1982, el test de Calidad de Vida fue adaptada en el Perú por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo en 2003, y la Escala de bienestar psicológico creada por José Sánchez Cánovas. Los resultados mostraron que el 36,6% de las personas con discapacidad motora tenían una buena tendencia y el nivel intermedio de bienestar psicológico era del 41,8%. El estudio concluyó que existe una alta y significativa correlación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas con discapacidad motora en el Centro Integral para Discapacitados de Trujillo.

Domínguez (2013), realizó una investigación para comparar la calidad de vida de los adultos con discapacidad intelectual que colaboran en actividades laborales en dos instituciones ubicados en Lima a partir del entendimiento de los cuidadores. El diseño de la investigación fue descriptivo. La muestra fue de 71 personas entre 40 hombres y 31 mujeres, y la herramienta de evaluación utilizada fue una escala integral de calidad de vida para el personal de atención primaria. Los resultados del estudio no mostraron dificultades significativas entre los dos grupos, pero mostraron que la calidad de vida de los adultos con discapacidad intelectual que apoyan en actividades laborales tiene un índice superior desde el punto de vista de los cuidadores.

## **2.2. Bases teóricas científicas**

### **2.2.1. Marco histórico de la calidad de vida**

Según Piérola (1991) indica que en 1975 surge el término de calidad de vida y en la década de los ochenta tuvo gran expansión y exposición, sus raíces vienen de la medicina para expandirse rápidamente en la psicología y sociología así logrando desplazar los términos antes usados como la felicidad y el bienestar. El predominio de este término de calidad de vida se debe a dos tipos de hechos muy importantes, el primer hecho sucede durante la primera civilización y se prolongó hasta el siglo XVIII apuntando principalmente a la salud pública y privada. El segundo acontecimiento fue con la modernización del estado ya que aparecen diferentes leyes que garantizaban el bienestar social y los derechos del ciudadano.

Continuando con el autor que refiere que las civilizaciones egipcias, hebreas, griegas y romanas crearon la importancia de la preocupación por la salud en el sujeto, atendiendo así la higiene personal y alimentarios, en Grecia crearon canales sanitarios para las aguas residuales como también en la cultura romana. Se consideraba como salud los lugares públicos y colectivos, en donde la vida social se podía desarrollar sin grandes riesgos. En la edad media se produjo el abandono del saneamiento de las ciudades como por ejemplo los baños públicos fueron cerrados, descuidándose así la higiene de espacios públicos y privados.

El primer país en dar normas legales sobre salud pública fue Inglaterra en el siglo XII, y el segundo país fue Francia en el siglo XIII, los países como Alemania e Italia en el siglo XIV legislaron sobre la contaminación de los alimentos y de las aguas, el desagüe, la limpieza pública de las vías y la pavimentación. Los informes de Chadwick (1842) Gran Bretaña y Shattuk (1850) Estados Unidos se consideran el comienzo de la aceptación de la salud y el bienestar social. Estos dos informes analizaron condiciones laborales, alimentarias y dietéticas, así también la esperanza de vida y las tasas de fallecimiento, conocieron el sistema educativo escolar, las condiciones de las

ciudades y de las viviendas, y observaron estilos de vida de diferentes clases sociales (García, 1991).

En la Segunda Guerra Mundial, con introducción de la economía de mercado y de la democracia parlamentaria, se logró el crecimiento económico. En ese momento, la calidad de vida se relacionó con el ámbito del crecimiento económico, el consumismo y la obtención de bienes privados. A lo largo de la historia, la noción de calidad de vida se ha ido expandiendo; al principio, describieron la calidad de vida como el cuidado de la salud de las personas, luego la consideraron como el cuidado de la higiene pública y la salud, y luego aprobaron la adquisición de bienes económicos. Finalmente se convirtió en el foco de atención de las vivencias de los sujetos, su entorno social, su vida diaria y su propia salud (Blanco, 1985).

### **2.2.2. Fundamentos teóricos de la calidad de vida**

El termino de calidad de vida nos lleva a comprender que es tener una vida satisfactoria, obtener mejores condiciones de vida como llevar una mejor condición física y mental. Hay que remarcar que este tema ha sido investigado por diferentes disciplinas como la psicología social, la antropología cultural, la política, y por la economía que trataron de definir la noción de calidad de vida. Por consiguiente, la idea de calidad de vida puede ser muy complicado por sus diferentes dimensiones hay información que revela que la palabra calidad no se incorporó hasta fines de la década de los años setenta en la enciclopedia de las ciencias sociales. el mismo Szalai (1980 citado por Rodríguez, 1995) refiere que después de una indagación de diez años entre 1968 a 1978 no encontró nada referente a la calidad de vida en las enciclopedias públicas de ciencias sociales de diferentes idiomas.

Calidad de vida puede ser definida como un entendimiento subjetivo de cómo se puede conseguir la satisfacción, el bienestar y la sensación de comodidad personal, también el termino de entendimiento subjetivo de la calidad puede ser relacionado con criterios objetivos como comportamientos sociales, psicológicos y biológicos (Diener, 1984, citado por Rodríguez, 1995). Asimismo,

Rozas (1998) menciona calidad de vida no es solo la adquisición de materiales, máquinas y vivienda, sino indica que son la presencia de áreas psicológicas y la cultura social. Ramírez (2000) menciona que la calidad de vida es un desenvolvimiento activo individual y dificultoso, es la apreciación psicológica, social, espiritual y físico que tienen las personas frente a la complacencia o aburrimiento que va intervenir felicidad de la persona con discapacidad.

Pérez del Cabral (1992) cree que la condición personal y social puede complacer las necesidades espirituales de la gente para mejorar su calidad de vida. Se puede ver que la calidad de vida no es solo la calidad del medio ambiente donde operan las personas. Hablar sobre la calidad de vida también se centra en la estabilidad, la emoción, la inteligencia y la fuerza de voluntad, y la motivación cultural general. Al hablar de la calidad de vida, también hablamos de la convivencia armónica entre hombres, en la que hay elementos muy importantes que juegan un papel muy importante, como la justicia social, considerando que la sociedad debe brindar oportunidades a sus miembros. ponerse de pie. De acuerdo con la hipótesis anterior, el fenómeno de la calidad de vida es el resultado de la relación entre las condiciones de vida objetivas y variables más subjetivas y personales, esta relación conduce a un mayor o menor índice de satisfacción y felicidad personal, por lo que la definición de este concepto es complicada.

La calidad de vida puede comprenderse como una medida de lo psicológico, bienestar físico y social de cada persona y de cada grupo; así como la satisfacción, la felicidad y recompensas, lo que significa entender y examinar la comprobación subjetiva de los individuos que la componen en la sociedad. La calidad de vida abarca diferentes ámbitos de la vida que son vividos por la gente; tales como la familia, la salud, el matrimonio, la vivienda, el trabajo, la económica, las oportunidades educativas y el sentido de pertenencia a determinadas instituciones (Morales, Blanco, Huie y Fernández, 1985).

Siguiendo con los autores se puede demostrar que el concepto incluye una serie de aspectos que intervienen en la autorrealización de una persona, de esta manera, la calidad de vida en una sociedad dependerá de la extensión que

permitan las condiciones de la sociedad. Sus integrantes reconocen según sus principios y valores ideológicos establecidos, y brindan una experiencia subjetiva satisfactoria para su supervivencia (Morales, Blanco, Huie y Fernández, 1985).

En cuanto a las señales que presenta la calidad de vida hay dos valoraciones usuales que emplean para hablar sobre este tema el primero es la de medición objetiva que se consigue de los índices económicos y sociales, el segundo es la medición subjetiva que se saca de la apreciación de las personas referente a las situaciones de su vida como su salud física y su interacción social con las demás personas. Así pues, en el área de salud se considera que en el entorno hospitalario se establece una relación entre paciente y médico. Aquí el médico no solo se inquieta en la subsistencia del paciente sino por la mejora de la autonomía personal, su desempeño en el trabajo y su desenvolvimiento en la sociedad. Esto no solo se relaciona con sanar malestares o mantener un buen índice de salud sino de saciar los tipos de placeres que no tiene que ver con la salud. (Pérez del Cabral, 1992).

Por otro lado, se señala que los ejercicios físicos son vaticinadores de la calidad de vida. Es de este modo que se indica que la calidad de vida está dada por el estilo de vida que lleva la gente. Por consiguiente, los estilos de vida sedentaria resultan nocivo para la salud de las personas. Pero por el contrario tenemos estilos de vida activos que conducen al ejercicio físico y a diversos deportes. La calidad de vida es personal y de situación social que puede satisfacer las necesidades básicas, sociales y espirituales de la humanidad. Por tanto, las responsabilidades y los derechos humanos no significan una respuesta oportuna a los requisitos de calidad expresados por las expectativas de las personas en la sociedad actual (Guillén, Castro, García y Guillén, 1997).

Campbell, Converse y Rogers (1976) afirmaron que la felicidad es una medida general de la calidad de vida. Por otro lado, French, Rogers y Cobb (1974) enfatizaron la importancia de la adaptación como un ajuste entre el individuo y su apreciación del entorno. En ambos conceptos subjetivos es importante medir la calidad de vida.

Por lo tanto, Olson y Barnes (1982) señalaron la peculiaridad frecuente de las investigaciones sobre la calidad de vida es el incremento de la complacencia, que forma parte de las enseñanzas de la vida personal, como el matrimonio y la vida familiar, los amigos, la residencia, la vivienda, la educación, el empleo y las creencias religiosas. Todo el que trata de cumplir con estas áreas es un juicio individual subjetivo sobre cómo satisfacer sus propias necesidades y realizar sus propios intereses en el medio ambiente, es la percepción de que las personas creen que el medio ambiente tiene la posibilidad de lograr la satisfacción antes mencionada.

En otro momento Campbell, Converse y Rodgers (1976) señalaron que enfrentar los atributos objetivos constituidos por el entorno circundante producirá una forma personal especial denominada atributos perceptuales, que dependerán subjetivamente, resultando en la evaluación de los atributos y en última instancia, lograr la satisfacción del dominio.

Mansilla (1989) señaló que en la actualidad las familias atraviesan cambios debido a las situaciones que suceden en el ámbito económica y en el ámbito político, asimismo sostiene que las familias difunden y replican la violencia estructural en el país. Este acto revela la existencia de grupos familiares en situación de peligro, porque no se puede asegurar la calidad de vida y a veces no se puede garantizar la supervivencia del propio grupo familiar y de las personas que lo integran. Por consiguiente, podemos decir que no hay calidad de vida absoluta, porque es el resultado del proceso decrecimiento, y los índices extremos de alta y baja calidad de vida se pueden obtener en una escala continua; la indagación sobre la calidad de vida es particular a la humanidad. La gran leyenda de la calidad de vida es que está mezclado a la tecnología.

### **2.2.3. El Modelo de la calidad de vida**

Guillen, (2016). Explica que para los investigadores Verdugo y Schalock la discapacidad no es algo estable debido a que los individuos con alguna condición de discapacidad están sujetos a las restricciones funcionales de las ayudas y de su

ambiente. Asimismo, señalan que si se les brinda la ayuda a los individuos con algún tipo de discapacidad bajaría los índices de las delimitaciones en el manejo humano.

Continuando con el autor menciona que el estado de calidad de vida depende mucho de la situación actual en que se encuentran los sujetos con discapacidad. Por tanto, la calidad de vida está influenciado por dos elementos que es la objetividad que hace referencia a como las persona que tiene una discapacidad percibe su bienestar y la subjetiva que sugiere como los sujetos con discapacidad ven su situación de vida.

#### **a. La calidad de vida y el modelo de sistemas**

Bronfenbrenner (1987, citado por Cespedes, 2005) refiere que las personas viven en diversos sistemas las cuales están incorporado dentro de cada uno lo cual tiene gran influencia en la construcción de sus creencias, valores y comportamiento; son las siguientes:

- **Microsistema.** – Está compuesto por las particularidades personales del individuo como lo físico, el temperamento y la discapacidad que presenta, es la familia que rectamente influye en la persona con discapacidad.
- **Mesosistema.** – Está integrado por la sociedad el vecindario y las instituciones de servicios que directamente atañe al individuo.
- **Macrosistema.** – El último sistema se integra de los planes sociales nacionales, la economía y la cultura frecuente de la comunidad.

Por consiguiente, se puede observar que las personas con discapacidad pasan por las influencias de los tres sistemas que tiene la sociedad.

#### **b. Evaluación del bienestar subjetivo**

Andrews y Robinson (1991) manifestaron que la valoración de la subjetividad:



Ha recibido una atención considerable y un creciente auge. El estudio del tema fue desarrollado en dos perspectivas importantes el estudio de la satisfacción global con los aspectos específicos de la vida y el estudio de la felicidad, la estructura y su evolución. (p. 12).

Okum y Stock (1987) propusieron que: “la estructura de la felicidad representa el estado emocional actual, mientras que la satisfacción es la consideración del pasado” (p. 20).

Argyle (1987), habla sobre las varias razones para poder lograr una adecuada satisfacción general sobre la vida

En primer lugar, los hechos objetivos como las relaciones personales, el matrimonio, un trabajo reconocido y un adecuado nivel de ocio que causan la satisfacción personal. En segundo lugar, experiencia de hechos agradables y placenteros sean pequeños índices de escaso relieve, pero que con una fuerte tonalidad afectiva positiva tienen lugar el agrado de aspiraciones y los logros percibidos. Por último, en cuarto lugar, la propuesta que acentúa la importancia que tiene la comparación con otras personas. (p. 14).

Campbell, Converse y Rogers (1976) conceptualizaron: “el estado de la felicidad como el estado emocional se caracterizado por la alegría y el regocijo” (p. 13). Por otro lado, Bradburn (1969) cree que las emociones positivas son mejores que las negativas en esta medida.

### **c. La salud y calidad de vida**

Camarero (1982) en su estudio sobre la salud nos habla como

Un signo de nuestra época actual ya que nos preocupa su continua y reiterada evaluación, pero lamentablemente por normativa general de nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad y ha

prestado más atención a la curación de las enfermedades y atención a la idea de prevención, la importancia de la calidad de vida en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no solo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo. (p. 18).

Rodríguez (1995) menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se acerca a una definición de calidad de vida casi igual a la de salud como

Un estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Asimismo, refiere que hay muchos estudios que han demostrado una relación importante entre los autoinformes de salud y el bienestar subjetivo. Por ello han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de la felicidad en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital, parece que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva. (p. 6).

#### **d. Estilo de vida saludable**

Un estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de comportamiento relacionados con la salud que dependen de las decisiones que toman las personas en función de las oportunidades que les brindan sus vidas (López-Fernández y Aranda-Regules, 1994).

#### **e. Intervención en los estilos de vida**

Marqués, Cabezas, Camarelles, Córdoba, Gómez y Muñoz (2009) señalaron que las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar estilos de vida saludables comparten una serie de principios comunes, como sigue:

- Las personas deben jugar un papel activo en la transformación del cambio.
- Adquirir un nuevo comportamiento es un proceso, no un evento específico, que suele requerir un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos como las creencias y los valores afectan el comportamiento, lo que a su vez afecta los valores y la experiencia de las personas.
- Las relaciones y las normas sociales tienen un impacto sustancial y duradero.
- El comportamiento depende del entorno en el que se produce; la influencia de las personas también se ve afectada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante sea la experiencia, mayor será la probabilidad de que se repita, cuanto más perturbadora o desagradable, menos probable es que recaiga.

#### **2.2.4. Evolución histórica de la discapacidad**

En la historia de la humanidad exactamente en el periodo de la antigüedad en Egipto practicaban el infanticidio de niños y niñas con discapacidad, mientras que la discapacidad en la sociedad hebrea fue considerada como la marca del pecado. En el continente asiático, en la India abandonaban en el bosque o lanzaban al río Ganges a los infantes que tenían discapacidad, en Tanzania los Masai ejercían el infanticidio con los niños y niñas con discapacidad. En África, los Chagga usaban a los individuos con discapacidad para ahuyentar a los malos espíritus, los pobladores de la cultura Jukus de Sudan consideraban a las personas con discapacidad obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran. En Europa, Esparta los ancianos revisaban a los niños y niñas al nacer y los que eran contemplados débiles eran dejados morir o abandonados; en Atenas como en otras ciudades se daba la práctica de matar a los infantes con discapacidad. En Roma, las personas con discapacidad se les daba un trato cruel y eran lanzadas al río Tiber o arrojados de la roca Tarpeia (Valencia, 2014).

Por otro lado, el mismo autor refiere que en la Edad Media las personas con discapacidad eran consideradas como personas locas, herejes, brujas, delincuentes y vagas. En el Siglo XIV en Francia las personas con discapacidad eran encerradas y exhibidas en zoológicos o en los circos para la diversión de la sociedad, también las personas con discapacidad eran utilizadas para manipular la conciencia de las familias para que puedan enmendar sus pecados cometidos ya que pensaban que los niños o niñas con discapacidad eran un castigo mandado por Dios.

Asimismo, el investigador resalta que, en América, las diferentes culturas esparcidas por el continente como los Indígenas Americanos, los Mayas Situados en Centro América y los Incas ubicados en el Sur del continente atendían y cuidaban a los individuos con algún tipo de dificultad física dándoles a si un trato digno, estas culturas buscaban que las personas con discapacidad se sintieran parte de la comunidad y no una carga. Podemos ver que las culturas que habitaron el Continente de América fueron los primeros precursores en considerar, atender y tratar con bondad a los individuos que padecían algún rasgo de limitación física o mental.

Continuando con el autor el cual describe que en la edad contemporánea específicamente en la etapa de la revolución industrial donde se desarrollan las grandes metrópolis del mundo, la gente con discapacidad comenzó a ser segregada en diferentes Instituciones ya que eran vistas como una dificultad social y educativa, en 1881 aparece el primer instituto público especial para gente con problemas cognitivos en la ciudad de Leipzig. Se dieron leyes represivas para meter a la cárcel a las personas con discapacidad cognitiva acusándolos de vagancia y mendicidad. En el Siglo XX en Estados Unidos, en el estado de Indiana los individuos con diferentes discapacidades empezaban a ser esterilizadas a la fuerza y en otros estados empezaron a replicar la esterilización forzosa a las personas con discapacidad.

En el decenio de 1970 a 1979 surgen los movimientos sociales a favor de las personas con discapacidad, la meta de estos movimientos era mejorar

la calidad de vida y accesibilidad a los medios físicos y sociales. Seguidamente comenzando el decenio de 1980 a 1989 las Naciones Unidas aprobó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad donde establece que llegar a una igualdad y participación de las personas con algún tipo de discapacidad era necesario que tengan pleno acceso a la educación, trabajo, la vivienda, seguro social y participar activamente en las organizaciones religiosas y políticas (Joly, 2007).

En 1994 en España se da la Declaración de Salamanca que manifiesta que las personas con discapacidad deben de tener entrada a la escuela regular y además manifiesta que las escuelas regulares deben de ser un espacio para lograr la inclusión, la consideración a la dignidad de la gente y así lograr el destierro de actitudes discriminadoras (Hernández, 1999).

En los años 2006 y 2007, siguiendo al autor anterior, se logró que las personas con discapacidad obtuvieran una declaración de sus derechos lo cual logra romper los paradigmas que se tiene con las personas que tengan algún tipo de discapacidad. Podemos ver que a lo largo de los tiempos las personas que padecían algún tipo de discapacidad han sido maltratadas, humilladas por las personas donde se desenvolvían, pero también vemos que han ido ganando espacios donde antes eran segregados o apartados por la sociedad. En el Perú el estado ha firmado tratados internacionales donde se compromete a respetar y promover la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad para ello se ha ido dando leyes que protegen sus derechos y promueven la participación de las personas con discapacidad dentro de la sociedad haciendo así posible la inclusión y trayendo abajo las viejas barreras que no permitían el libre desenvolvimiento de este colectivo de personas que padecen una discapacidad.

## 2.2.5. Discapacidad intelectual

### Desarrollo histórico de la discapacidad intelectual

En los últimos años, el término discapacidad intelectual ha venido siendo usado más a cambio del término retraso mental, en 2 siglos se ha venido dando cambios de los términos para identificar a las personas con Discapacidad Intelectual se ha usado términos peyorativos como: debilidad mental, imbecilidad subnormalidad mental y minusvalía mental (Schalock, Luckasson y Shogren, 2007).

Verdugo y Schalock (2010) manifiestan que a lo largo de los años se han venido usando históricamente dos términos para identificar o hablar de la discapacidad intelectual que son deficiencia mental y retraso mental. Grossman (1973, citado por Verdugo, 1994) define la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

Es una media inferior en el funcionamiento intelectual, acompañado con dificultades en la conducta adaptativa y que se manifiesta en la etapa de desarrollo. En este se mantiene criterio de medición de inteligencia y conducta adaptativa, pero se retira o elimina de la clasificación y de la categoría o nivel límite. (p. 25).

En 1961 Herber (citado por Verdugo, 2007) plantea un término que profundiza y menciona que: “el retraso mental, tiene una relación con un funcionamiento intelectual debajo de la media que esta se relaciona con dificultades en el comportamiento y tiene origen en el periodo de desarrollo” (p. 45). La aportación de estos dos autores sobre la definición de la discapacidad intelectual permitió lo siguiente como:

1. Las personas con un coeficiente intelectual de 70 a 85 dejan de ser consideradas con discapacidad intelectual y pasan a ser tomadas como personas con un coeficiente intelectual bajo.

2. La conducta adaptativa es considerada dentro de la definición de la discapacidad intelectual.

3. Se deja de creer que la discapacidad intelectual es permanente en las personas diagnosticadas con esta condición, sino por lo contrario se comienza a ver que hay cambios satisfactorios en su desarrollo.

### **Definición de la discapacidad intelectual**

En el DSM – 5 (2014) se define la discapacidad intelectual como: “Un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (p. 33).

Por otro lado, Núñez García (2004, citado por Huillca, 2008) indica que discapacidad intelectual tiene la particularidad de limitar el funcionamiento cognitivo en las personas además de afectar en las áreas adaptativas tales como la autonomía, el aseo personal, la socialización y que se evidencia antes de la edad de 18 años.

### **Explicación etiológica de la discapacidad intelectual**

Herrera (2015), expone las principales agentes causales de la discapacidad intelectual, tal como se aprecia en la subsiguiente tabla:

Tabla 1

*Cuadro etiológico de la discapacidad intelectual*

Periodo de Desarrollo	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones cromosómicas.</li> <li>• Desórdenes asociados a un único gen.</li> <li>• Síndromes.</li> <li>• Alteraciones metabólicas.</li> <li>• Digénesis cerebrales.</li> <li>• Enfermedades maternas.</li> <li>• Edad parental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza.</li> <li>• Malnutrición maternal.</li> <li>• Violencia doméstica.</li> <li>• Falta de acceso a cuidados prenatales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de drogas por parte de los padres.</li> <li>• Consumo de alcohol.</li> <li>• Consumo de tabaco.</li> <li>• Inmadurez parental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencia intelectual sin apoyo por parte de los familiares.</li> <li>• Poco apoyo para la maternidad y paternidad.</li> </ul>
Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebes prematuros.</li> <li>• Traumatismo en el instante del nacimiento.</li> <li>• Alteraciones neonatales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco cuidado en el instante del nacimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativa por el lado de la madre y el padre a atender al hijo.</li> <li>• Desampara de los hijos por el lado de los progenitores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocos datos clínicos luego de la alta médica.</li> </ul>
Postnatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno craneoencefálico.</li> <li>• Mala nutrición.</li> <li>• Meningoencefalitis</li> <li>• Epilepsias.</li> <li>• Enfermedades degenerativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuada estimulación.</li> <li>• Pobreza familiar.</li> <li>• Enfermedad crónica en la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltrato y abandono infantil.</li> <li>• Violencia doméstica.</li> <li>• Conductas problemáticas del niño o niña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico tardío.</li> <li>• Inadecuados servicios de intervención temprana.</li> <li>• Inadecuado apoyo familiar.</li> </ul>



## **Enfoques que abordan la discapacidad intelectual**

Schalock, Luckasson y Shogren (2007) refiere que hay tres enfoques que hablan sobre la definición y clasificación de la discapacidad intelectual:

- 1) Enfoque clínico.** - Usa los síntomas y síndromes clínicos de personas fundamentado bajo el patrón médico de hereditario, orgánico y patológico llevando a la segregación y separación.
- 2) Enfoque social.** - Se basa en el aspecto social bajo los prototipos naturales aceptados por la sociedad. En este enfoque se sostiene que las personas obtienen un diagnóstico de discapacidad intelectual debido a que no se llega a adaptar a un entorno social.
- 3) Enfoque intelectual.** - Este enfoque toma como punto de vista el coeficiente intelectual de las personas, debido al desarrollo de las pruebas que miden el funcionamiento intelectual donde se da un método de categorización en las personas.

## **Criterios para diagnosticar la Discapacidad Intelectual**

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM - 5, 2014) menciona que “un individuo se le identifique con discapacidad intelectual debe tener los siguientes criterios” (p. 33):

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas. (...).
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo

continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. (...).

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo. (p. 33).

### **Clasificación de la discapacidad intelectual**

Ochoa (2018) refiere que: “en el 2010 en su 11° edición la asociación americana de disparidades intelectuales y del desarrollo da los siguientes niveles de discapacidad intelectual” (p. 44).

Tabla 2

*Cuadro de clasificación de la discapacidad intelectual*

Tipos de discapacidad intelectual	Dificultad cognitiva	Coficiente intelectual	Tipos de discapacidad intelectual	Dificultad cognitiva	Coficiente intelectual
Leve	Dificultades para discriminar los aspectos relevantes de la información. Dificultades de simbolización y abstracción. Dificultades en resolución de problemas.	Entre 55 a 69	Profunda	Bajo nivel de conciencia. Déficit en el nivel de percepción sensorial global. Dificultad sensorial como visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil y cinestésica.	Inferior a 25
Moderado	Déficit en funciones cognitivas básicas (atención, memoria). Dificultades para acceder a información de carácter complejo. Dificultades para el acceso a la simbolización.	Entre 40 a 54	Retraso global del desarrollo	“Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia”.	
severo o Grave	Déficit en las funciones básicas (atención, percepción, memoria e imitación). Dificultad en las funciones metacognitivas (autocontrol y planificación), para seguir una secuencia del proceso de aprendizaje. Dificultad para aprender de experiencias de la vida cotidiana.	Entre 25 a 39	No Especificada	“Esta categoría se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría sólo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo”.	

## 2.2.6. Parálisis cerebral

### Definición de parálisis cerebral

Caputo (2010) menciona que la parálisis cerebral es una alteración motora la cual lleva a dificultades posturales en los movimientos y coordinación muscular. La razón se debe a las lesiones del sistema nervioso central (SNC), que generalmente ocurren durante el desarrollo fetal, antes, durante o después del nacimiento y la niñez.

### Clasificación de la parálisis cerebral

- a. **Parálisis cerebral espástica.** - Las personas presentan rigidez muscular para mover las extremidades superiores e inferiores de su cuerpo, los músculos se contraen constantemente lo cual hace que la persona tenga posiciones posturales anormales.
- b. **Parálisis cerebral distónica.** - Las personas presentan cambios inesperados en el tono muscular al comienzo y final de los movimientos, además presentan movimientos involuntarios o descontrolados con la lengua, la respiración y las cuerdas vocales.
- c. **Parálisis cerebral atáxica.** - Las personas muestran dificultad para mantener el equilibrio y tendencia a tener movimientos temblorosos en el hablar, las manos y al caminar lo hacen de manera inestable.

## 2.2.7. Síndrome de Down

### Definición de Síndrome de Down

Florez (2016) refiere que el Síndrome de Down es un desorden genético debido a la presencia de una copia extra del cromosoma 21, en vez de los dos habituales, por tal motivo también se le denomina trisomía del par

21. Se determina por la presencia de un grado de discapacidad intelectual y rasgos físicos peculiares que lo hace reconocible.

### **La neuropsicología del síndrome de Down**

Las personas con síndrome de Down debido a sus características propias presentan dificultades como tener un lento aprendizaje para lo cual se debe tener una mayor elaboración de la información en su formación educativa, al igual que presentan problemas en sus procesos cognitivos como la inteligencia, la atención, la memoria y el lenguaje (Portellano, 2009).

#### **a. La inteligencia**

Durante mucho tiempo se ha creído que las personas con síndrome de Down tienen un bajo nivel de inteligencia y la gente cree que su coeficiente intelectual se mantiene constante entre la edad mental de 5 a 8 años. También se dice que la gente con síndrome de Down puede recibir capacitaciones para lograr cierto nivel de autonomía personal, como aseo, alimentación y vestuario, pero debido a las condiciones que presentaban, no era necesario de darles una formación académica superior. En términos generales, el síndrome de Down se manifiesta como una discapacidad intelectual de leve a moderada, pero hay sujetos con síndrome de Down con discapacidad intelectual grave y profunda, y otro grupo con discapacidad intelectual límite (frontera). Se han obtenido resultados sobre el uso de materiales concretos en individuos diagnosticados con síndrome de Down (Perera, 1995).

#### **b. La atención**

El Síndrome de Down presenta niveles de atención muy bajo lo que hace que se distraigan con mucha facilidad con los estímulos externos, lo que implica que no puede durante mucho tiempo permanecer en una misma tarea que se indica que realice (García-Alba, 2006).

### **c. La memoria**

Los Síndromes de Down presentan dificultades en su memoria de corto plazo es decir tienen problemas para guardar la información a la vez que tienen un déficit en su memoria de largo plazo lo cual hace que muestre problemas para almacenar y recuperar la información. Sin embargo, los síndromes de Down logran realizar actividades que no pueden explicar y describir lo cual lleva a que presenten dificultades en la memoria declarativa y explícita, pero su memoria visual es mucho mejor que su memoria auditiva, lo que permite que los Síndromes de Down logren retener entre 3 a 4 objetos o dígitos que haya escuchado en el ambiente donde se desenvuelve. Hay que resaltar que los individuos con Síndrome de Down tienen desarrollada su memoria operativa y procedimental lo cual hace que pueda llevar actividades secuenciales y seguir órdenes (Portellano, 2009).

### **d. El lenguaje**

Según Galeote, Checa, Serrano y Rey (2004, citado por Jiménez, 2012) mencionan que los individuos con síndrome de Down presentan dificultad en la fluidez verbal para poder dar una respuesta de lo que están realizando y de lo que van a realizar. Las dificultades de lenguaje con mayor recurrencia en los síndromes de Down son:

- Realiza largas pausas en la mitad de una frase.
- Repite toda o parte de una palabra de una frase.
- Enfatiza palabras que no debe de resaltar en una frase.
- Problemas para comprender sobre lo que se le está diciendo.
- Presentan tartamudeos.

## **Dificultades físicas que tiene el síndrome de Down**

- a. Adquisición de infecciones.** – Los individuos con síndrome de Down son propensos a contraer infecciones respiratorias e intestinales debido a sus bajas defensas inmunológicas.
- b. Males cardiacos.** – Los sujetos con síndrome de Down cuando nace su corazón no está totalmente formado ya que presentan un soplo u orificio en el corazón, sino cierra puede traerle problemas cardiacos.
- c. Problemas intestinales.** - Los infantes con síndrome de Down presentan anomalías en el intestino como cierre del tubo que conecta al estómago y la falta de orificio anal.
- d. Problemas visuales.** – Los síndromes de Down manifiesta dificultades en los ojos como la miopía o estrabismo por el déficit de coordinación ocular y muy rara vez problemas de cataratas.

### **2.2.8. Trastorno espectro autista**

#### **Definición del Trastorno Espectro Autista**

El Trastorno Espectro Autista se identifica por la dificultad para relacionarse socialmente, comunicarse con las personas, además presentan movimientos y comportamientos recurrentes (Frith y Hill, 2004).

#### **Criterios para diagnosticar el trastorno espectro autista**

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM - 5, 2014) menciona que: “se da los siguientes criterios para poder diagnosticar el Trastorno Espectro Autista” (p. 50).

- A. Deficiencias en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, de manifestación actual o por antecedentes:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
  2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social.
  3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones (...).
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en por lo menos dos de los siguientes puntos:
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos
  2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal
  3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés
  4. Reacciones poco habituales ante los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (...).
- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores del desarrollo (...).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual (...).
- E. La discapacidad intelectual o el retraso en el desarrollo no explican mejor este trastorno, en cambio la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden. Pero, para determinar una morbilidad asociada, la evaluación se centra en la



comunicación social, la que ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo. (p. 51).

### **2.2.9. La discapacidad severa y la discapacidad múltiple sensorial**

La discapacidad severa es cuando la persona presenta dificultad y limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana así mismo la discapacidad múltiple sensorial es cuando en la persona se presenta varias discapacidades en diferentes grados como la discapacidad intelectual, discapacidad motora, visual, auditiva, al igual que el TEA, parálisis cerebral y otros síndromes (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, 2002, citado por el Ministerio de Educación, 2008).

### **2.2.10. El centro de educación básica especial (CEBE)**

El CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan, brinda atención pedagógica e intervención psicológica, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y seguimiento a través del servicio de trabajo social a los estudiantes diagnosticados con alguna dificultad severa y con una dificultad múltiple sensorial. Entre las edades de 3 a 20 años. La institución se ubica dentro del distrito de san juan de Miraflores específicamente en pamplona alta lugar considerado como asentamiento humano debido a que los lugareños de la zona presentan bajos ingresos económicos.

#### **Organización del centro de educación básica especial**

El CEBE presenta la siguiente organización interna.

- **Dirección.** – El director o la directora es la máxima autoridad dentro de la institución y la representante legal del CEBE. Asimismo, es el o la que dirige la gestión en los asuntos institucionales, pedagógicos y administrativos.

### **Órgano de gestión pedagógica:**

- **Docente de educación especial.** - Su función es desarrollar propuestas pedagógicas para la atención de los estudiantes con discapacidad múltiple sensorial y discapacidad severa.
- **Psicología.** – El psicólogo o la psicóloga colabora en la evaluación de los estudiantes con discapacidad severa o discapacidad múltiple sensorial del CEBE para la elaboración del informe psicopedagógico y del plan de ordenación individual.
- **Terapia física.** – El terapeuta físico o la terapeuta física aplica técnicas fisioterapéuticas y apoya en la elaboración de la evaluación psicopedagógica del estudiante con discapacidad múltiple sensorial y discapacidad severa. Asimismo, en la formulación del plan orientación individual.
- **Terapia ocupacional.** – El terapeuta ocupacional o la terapeuta ocupacional participa en la elaboración de la evaluación psicopedagógica para definir las posibilidades motoras de los estudiantes con discapacidad severa, discapacidad múltiple sensorial y desplegar programas psicomotrices relacionadas a la vida diaria.
- **Trabajo social.** – El trabajador social o la trabajadora social elabora el diagnóstico sociofamiliar de los estudiantes con discapacidad múltiple sensorial y discapacidad severa. Además, vigila, orienta en el proceso de programas de ayuda familiar en el hogar de los individuos con dificultades severas y dificultades múltiple sensorial, participa de la evaluación psicopedagógica.
- **Auxiliar de educación.** – El auxiliar de educación o la auxiliar de educación ayuda en las acciones planificadas por la docente o el docente dentro o fuera

del aula. Asimismo, dentro de sus funciones es vigilar y proteger el bienestar y la integridad física de los alumnos con discapacidad múltiple sensorial y discapacidad severa.

### **Servicio de apoyo y asesoramiento a las necesidades educativas especiales (SAANEE)**

- **Coordinación SAANEE.** – El coordinador o la coordinadora SAANEE organiza con el director o la directora del CEBE la planificación, ejecución y evolución de las actividades propios del servicio. Además, coordina la evolución y visa los informes psicopedagógicos de los estudiantes con necesidades educativas especiales.
- **Docente de educación especial.** – El docente o la docente de educación especial sensibiliza, recomienda a las familias y a la comunidad educativa sobre el trabajo con los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales dentro de la institución educativa inclusiva. Asimismo, da apoyo complementario a los estudiantes diagnosticados con discapacidad leve y moderada, talento y superdotación con el objetivo de eliminar barreras que imposibiliten la participan de los estudiantes en su aprendizaje dentro de la institución educativa inclusiva.
- **Psicología.** – El psicólogo o la psicóloga coopera en la evolución psicopedagogía de los estudiantes con discapacidad, talento y superdotación, así como en la elaboración del plan de orientación individual. Además, en coordinación con los docentes del equipo SAANEE brinda orientaciones y apoyo a las instituciones educativa inclusivas.
- **Terapia de lenguaje.** – El terapeuta de lenguaje o la terapeuta de lenguaje participa en la evaluación de los alumnos con deficiencia intelectual leve o moderada y talento o superdotación que se encuentran dentro de las instituciones educativa inclusivas para la elaboración del informe psicopedagógica y del plan de orientación individual. Capacita a los

maestros de las instituciones educativa inclusivas en estrategias precisas para el progreso del lenguaje expresivo, articulado y comprensivo de los estudiantes.

- **Trabajo social.** - El trabajador social o la trabajadora social realiza el diagnóstico sociofamiliar de los estudiantes con discapacidad leve o moderada y talento o superdotación, orienta a las familias en el desarrollo de los programas de ayuda familiar.

### **2.2.11. La familia ante la discapacidad**

Núñez (2007 citado por García y Melo, 2014) refiere que:

Cuando los padres reciben la noticia de que su hijo tiene una discapacidad se produce una brecha con la visión del hijo deseado. El diagnóstico de la discapacidad del hijo trunca los ideales, fantasías, proyectos y expectativas de un hijo; en resumidas cuentas, no corresponde al modelo diseñado por los padres. (p. 33).

La llegada de un integrante de la familia con algún tipo de discapacidad lleva en la familia tensión y cambios en la organización de la familia, el hijo con discapacidad requiere de la familia mayor atención de lo común lo cual hace que estas circunstancias lleven a la familia el aumento de la tensión generando una crisis. El periodo de la crisis puede llevar a la familia a una madurez y fortalecimiento como también puede llevarlos a conflictos familiares. Muchas veces los padres de familia que esperaban la llegada de un hijo sin algún tipo de discapacidad no saben qué hacer, el niño que ideaban los padres de familia en su mente tiene que enfrentarse con el niño de la vida real; el cual hace que los padres generen un sentimiento de pérdida llevando los a que pases por un proceso de duelo para llegar a la aceptación del hijo con algún tipo de discapacidad. Además, este periodo de duelo puede agudizarse si el hijo tiene un diagnóstico de discapacidad con anomalías graves (Cornejo, 2010, citado por García y Melo, 2014).

## **Las fases de aceptación que pasan los padres de familia con su hijo con discapacidad**

Los padres de familia pasan por etapas de aceptación cuando reciben la noticia de que su hijo padece algún tipo de discapacidad. Kübler – Ross (2006) refiere que las etapas de aceptación son 5 el cual lo va describiendo de la siguiente manera:

### **a. La negación**

Es cuando la persona recibe la noticia de la pérdida y la reacción es (No es cierto, es mentira). La negación de la noticia es la primera etapa del duelo como mecanismo de defensa que presenta la persona como si quisiera estar en otro mundo en el cual lo que pasó nunca sucedió.

### **b. El enojo**

En esta segunda etapa del duelo la persona procesa los sentimientos de la rabia, ira y resentimiento en el cual la sensación del dolor se va disfrazando por la pérdida, en esta etapa es muy común que la persona se hagan las preguntas de ¿Por qué a mí? o ¿Por qué yo?, el enojo de la persona lleva a culpar a otras personas o culparse a sí misma.

### **c. La negociación**

En esta etapa la persona trata de aplazar la noticia y aceptar la realidad que está viviendo, haciendo una serie de acuerdo con Dios, con otra persona o con ella misma para no llegar a simular la noticia y así no permitir aflorar los sentimientos del enojo o culpa.

### **d. La depresión**

Es la cuarta etapa del duelo la tiene una mayor duración ya que la persona se da cuenta de la pérdida, además si los sentimientos de la ira no

fueron expresados puede que el dolor o la tristeza sea más profundo. En esta etapa la persona comienza a entender que las cosas no volverán a ser lo mismo y no sabe cómo será en adelante, aquí el sentimiento del dolor se deja ver libremente por la pérdida sea simbólica o real.

#### **e. La aceptación**

Es la última etapa el cual se llega si la persona ha ido superando las anteriores etapas del duelo, aquí la persona ha ido concluyendo con su dolor cual no significa que haya desaparecido del completo, sino que va aprendiendo a sobrellevar y a convivir con el dolor para llegar a esta última etapa la persona lleva mucho tiempo y trabajo el cual ha tenido que pasar por el proceso del duelo el cual no tiene que ser en un orden específico, sino que puede comenzar de manera desordenada.

Vallejo-Martínez (2001) menciona que hay señales negativas en la elaboración del duelo como:

- La sobreprotección.
- Apego excesivo.
- Trato de abandono.
- Una pobre participación en la rehabilitación del hijo con discapacidad.
- Sobre exigencia al menor.
- Una actitud agresiva y desafiante de desautorización a los profesionales.
- Nivel alto de ansiedad y depresión crónica.

### **2.3. Definición de la terminología empleada**

- 1. Calidad de vida:** La calidad de vida es el estado ideal de bienestar personal, tiene múltiples aspectos y se ve influenciada por características individuales y factores externos (Schalock y Verdugo, 2007).

2. **Discapacidad:** Es cuando una persona presenta en su autonomía dificultades la cual puede ser una discapacidad o multidiscapacidad de tipo sensorial, motora e intelectual.
3. **Discapacidad intelectual:** El DSM – 5 (2014) menciona que la discapacidad intelectual “Es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo que limita el funcionamiento intelectual y también el comportamiento adaptativo en los dominios conceptuales, social y practico” (p. 33).
4. **La discapacidad severa:** Es cuando la persona presenta limitaciones y problemas para poder desempeñarse libremente en las tareas de la vida cotidiana.
5. **La discapacidad múltiple sensorial:** La discapacidad múltiple sensorial se da cuando en la persona presenta varias discapacidades que pueden ser en diferentes grados como la discapacidad intelectual, motora, visual y auditiva al igual que el TEA, la parálisis cerebral y entre otros síndromes.
6. **Dimensión de inclusión social:** Es cuando la persona va a lugares públicos y participa de las actividades que organiza la sociedad.
7. **Dimensión de autodeterminación:** Cuando la persona decide por sí mismo o se le da la oportunidad de elegir las cosas que quiere ponerse o realizar.
8. **Dimensión de bienestar emocional:** Es cuando la persona se siente tranquilo seguro y no se encuentra nervioso.
9. **Dimensión de bienestar físico:** Cuando la persona presenta buena salud tiene buena forma física y come saludablemente.
10. **Dimensión de bienestar material:** Es cuando la persona puede comprar lo que necesita.

- 11. Dimensión de derechos:** Cuando son tratados de igual manera a otras personas con respeto y se respeten sus derechos.
  
- 12. Dimensión de desarrollo personal:** Es cuando la persona puede realizar o experimentar cosas nuevas Saliendo de su rutina diaria.
  
- 13. Dimensión de relaciones interpersonales:** Cuando la persona se relaciona con otras personas y se lleva bien con los vecinos de la comunidad donde vive



**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

El estudio de indagación es de tipo descriptivo - comparativo, Hernández, Fernández y Baptista (2014), sostiene que la investigación descriptiva comparativa mide y evalúa distintas fases dimensionales del fenómeno a averiguar. Es descriptiva ya que se va a describir cómo está la calidad de vida de las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan y a su vez va hacer comparativa porque va ayudar como está la calidad de vida de las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan según su sexo y edad.

#### **3.1.2. Diseño de investigación**

El diseño del estudio es no experimental ya que no tiene la finalidad de manipular deliberadamente las dimensiones o componentes de la variable independiente, asimismo la indagación es de corte transversal porque los datos se recolectarán en un tiempo único para poder describir el estudio de la variable de estudio (Hernández et al., 2014).

### **3.2. Población y muestra**

#### **3.2.1. Población**

De acuerdo con Arias (2006) la población es un grupo de elementos con propiedades comunes para los cuales serán detalladas las conclusiones de la investigación. La población de la presente investigación es de 65 padres de personas diagnosticadas con algún tipo de discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan.

### **3.2.2. Muestra**

Pérez (2006) define que la muestra es el conjunto de seres que tienen las mismas cualidades a estudiar. La muestra es de 65 padres de personas diagnosticadas con algún tipo de discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan. Para la elección de los integrantes de la muestra, se establecieron los subsiguientes criterios:

#### **a. Criterios de inclusión:**

- a. Padres de familia con hijo (a) diagnosticado con Discapacidad Intelectual severa.
- b. Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Síndrome de Down.
- c. Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Parálisis Cerebral.
- d. Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Trastorno Espectro Autista.
- e. Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con multidiscapacidad.
- f. Padres de familia que asistan a las reuniones.

#### **b. Criterios de exclusión:**

- Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Discapacidad Intelectual Leve.
- Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Discapacidad Intelectual Moderada.
- Padres de familia con hija o hijo diagnosticado con Trastorno Espectro Autista Leve.
- Padres de familia que no asistan a las reuniones.

### **3.3. Hipótesis**

#### **3.3.1. Hipótesis general**

**H<sub>g</sub>:** Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.

**H<sub>0</sub>:** No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.

#### **3.3.2. Hipótesis específicas**

**H<sub>1</sub>:** Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo.

**H<sub>0</sub>:** No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo.

**H<sub>2</sub>:** Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función a la edad.

**H<sub>0</sub>:** No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función a la edad.

### 3.4. Variable – Operacionalización

**Variable de estudio:** Calidad de vida

- a. **Definición conceptual:** Según la investigación de Schalock y Verdugo (2007). La calidad de vida es una condición del bienestar personal, que se caracteriza por la multidimensionalidad, porque tiene características culturales, factores objetivos y subjetivos, porque se ve afectado por particularidades personales e influencias ambientales.
  
- b. **Definición operacional:** Para medir la variable de Calidad de Vida se aplicó la Escala de Evaluación de Calidad de Vida de Niños y Adolescentes con Discapacidad en sus ocho dimensiones que fue elaborado por Gómez, Alcedo, Verdugo, Arias, Fontanil, Arias, Monsalve y Morán (2016).

Tabla 3

*Operacionalización de la variable calidad de vida*

Variabl e	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medida	
Calidad de Vida	Inclusión social	Integración	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Bienestar material	Vivienda			
		Participación	8, 9, 10, 11, 12		Nuevas tecnologías	49, 50, 51, 52		
		Apoyos			Ayudas técnicas Bienes materiales Servicios	53, 54, 55, 56 57, 58, 59, 60		
	Autodeterminaci ón	Autonomía	13, 14, 15, 16	Derechos	Ejercicio de derechos			
		Metas	17, 18, 19, 20		Intimidad	61, 62, 63, 64		
		Opiniones	21, 22, 23,24		Confidencialidad	65, 66, 67, 68	Bajo	
		Preferencias personales			Respeto	69, 70, 71, 72	Medio	
					Conocimientos de derechos		Alto	
					Resolución de problemas actividades de la vida diaria	73, 74, 75, 76		
	Bienestar emocional	Satisfacción con la vida	25, 26, 27, 28 29, 30, 31, 32	Desarrollo Personal	Enseñanza o aprendizaje	77, 78, 79, 80 81, 82, 83, 84		
		Autoconcepto	33, 34, 35, 36					
		Afectividad y emociones						
	Estabilidad Salud mental							
Bienestar físico	Descanso, sueño	37, 38, 39, 40	Relaciones Interpersonales	Comunicación				
	Higiene	41, 42, 43, 44		Relaciones familiares	85, 86, 87, 88			
	Alimentación	45, 46, 47, 4		Amigos	89, 90, 91, 92			
	Atención sanitaria salud física			Compañeros	93, 94, 95, 96			
				Sociedad				

### 3.5. Métodos y técnicas de investigación

La técnica empleada para la recolección de los datos fue a través de una encuesta que media la variable de calidad de vida.

#### 3.5.1. Escala de Evaluación de la Calidad de Vida de niños y adolescentes con discapacidad.

##### A. Ficha técnica:

<b>Título</b>	: Escala de evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad.
<b>Creadores de la escala</b>	: Laura E. Gómez, María Ángeles Alcedo, Miguel Ángel Verdugo, Benito Arias, Yolanda Fontanil, Víctor B. Arias, Asunción Monsalve y Lucía Morán.
<b>Ámbito de aplicación</b>	: Personas con discapacidad.
<b>Administración</b>	: Individual o colectivo.
<b>Duración</b>	: 30 minutos.
<b>Edad de aplicación</b>	: Estudiantes con algún tipo de discapacidad entre 4 a 21 años
<b>Informadores</b>	: Familiares, cuidadores, amigos cercanos o Profesionales que conocen al sujeto por lo menos seis meses.
<b>Dimensiones</b>	: Bienestar emocional autodeterminación Inclusión social, bienestar físico, relaciones interpersonales bienestar material, derechos, desarrollo personal.
<b>Finalidad</b>	: Identificar la calidad de vida del individuo y proporcionar evidencia de confiabilidad y validez para implementar prácticas basadas en certezas y diseñar planes de apoyo personal.

## **B. Descripción:**

La prueba consta de 96 ítems, estas preguntas tienen diferentes opciones de respuestas como: Nunca, a veces, frecuentemente y siempre. La aplicación de este test o prueba puede ser aplicada de forma individual o de forma colectiva. La corrección de la prueba se dará de la siguiente manera se contarán el número de respuestas marcadas, se colocará en las casillas correspondientes luego se pasará a multiplicar por 1 todos los números de respuestas "Nunca", multiplicar por 2 todas las respuestas "A veces", multiplicar por 3 todas las respuestas "Frecuentemente" y multiplicar por 4 todas las respuestas "Siempre". El número de los resultados de las multiplicaciones se pondrán en las casillas correspondientes después se sumarán los resultados de las multiplicaciones anteriores cual darán un puntaje total de cada dimensión de la prueba.

### **3.5.2. Aspectos psicométricos:**

#### **a) Validez**

Gómez, Alcedo, Verdugo, Arias, Fontanil, Arias, Monsalve y Moran (20216). Creadores de la escala de evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad. Obtuvieron los siguientes datos referentes a la validez y confiabilidad de la prueba de evaluación.

Para la validez de la prueba se evaluaron a 1, 060 personas que reciben apoyo y servicios de asociaciones e instituciones de diferentes comunidades autónomas de España. Los criterios que utilizaron para realizar la investigación fue que las personas tuvieran 21 años o menos, tener discapacidad intelectual, recibir algún tipo de servicio o apoyo de tipo educativo o social. Los sujetos presentaban una edad media de 13.51 años (DT= 5.04), la distribución de la edad y de genero se adecuó a la equiprobabilidad del modelo ( $\chi^2 (17) = 22.2; p = .178$ ).

Los tipos de discapacidad intelectual de los participantes de la prueba son diferentes, y la distribución es la siguiente: discapacidad moderada 42,3%, discapacidad grave 31,4%, de la muestra la cuarta parte se divide en niveles extremos, discapacidad leve 16,1% y discapacidad profunda 10,2%. La mayoría



de los participantes estaban matriculados en escuelas especiales, representando el 71,4%, una quinta parte de la muestra matriculada en escuelas ordinarias, representando el 21,4%, y el 7,2% estaba en una educación combinada. A parte de la discapacidad intelectual una proporción de los participantes mostraron estar asociadas a otras discapacidades las cuales se distribuyeron de la siguiente manera trastorno espectro autista era el 25.8%, Síndrome de Down era el 17.7% y parálisis cerebral era el 14.3%.

## **b) Confiabilidad**

La consistencia interna de la prueba de evaluación quedó constituida en 96 ítems las cuales fueron nuevamente analizadas para comprobar su fiabilidad.

- La correlación policóricas fluctúa entre 0,08 y 0,84, que son tanto positivas como moderadamente altas. El valor más bajo encontrado fue en la dimensión de derecho con 0,08, mientras que el valor de la dimensión de autodeterminación es 0,14. La dimensión más alta que se encontró fue la de bienestar emocional con 0,84 y la dimensión de desarrollo personal con 0,75.
- Coeficiente alfa de Cronbach, el coeficiente de esta prueba es 0.96, y su tamaño fluctúa entre 0.80 para la dimensión de bienestar físico y 0.90 para la dimensión de desarrollo personal.

### **3.5.3. Aspectos psicométricos de la versión adaptada**

#### **a) Validez de contenido**

Se estableció a través del criterio de 5 jueces expertos que contaban con el grado de maestría con reconocida trayectoria y experiencia en el campo profesional, para lo cual se calculó el coeficiente V de Aiken. La tabla 4, presenta los resultados obtenidos, siendo que todos los ítems que conforman la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida para niños y adolescentes con discapacidad alcanzaron una V de 1,00 con un grado de significancia igual a .001; en otros términos, se indica que la validez obtenida para cada ítem es alta, por lo que miden lo que pretenden medir.

Tabla 4

*Coefficientes V de Aiken para los ítems de la Escala de Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidad*

Ítems	V	p	Ítems	V	p	Ítems	V	p	Ítems	V	p	Ítems	V	p
Ítem 1	1,00	.001	Ítem 21	1,00	.001	Ítem 40	1,00	.001	Ítem 59	1,00	.001	Ítem 78	1,00	.001
Ítem 2	1,00	.001	Ítem 22	1,00	.001	Ítem 41	1,00	.001	Ítem 60	1,00	.001	Ítem 79	1,00	.001
Ítem 3	1,00	.001	Ítem 23	1,00	.001	Ítem 42	1,00	.001	Ítem 61	1,00	.001	Ítem 80	1,00	.001
Ítem 4	1,00	.001	Ítem 24	1,00	.001	Ítem 43	1,00	.001	Ítem 62	1,00	.001	Ítem 81	1,00	.001
Ítem 5	1,00	.001	Ítem 25	1,00	.001	Ítem 44	1,00	.001	Ítem 63	1,00	.001	Ítem 82	1,00	.001
Ítem 6	1,00	.001	Ítem 26	1,00	.001	Ítem 45	1,00	.001	Ítem 64	1,00	.001	Ítem 83	1,00	.001
Ítem 7	1,00	.001	Ítem 27	1,00	.001	Ítem 46	1,00	.001	Ítem 65	1,00	.001	Ítem 84	1,00	.001
Ítem 8	1,00	.001	Ítem 28	1,00	.001	Ítem 47	1,00	.001	Ítem 66	1,00	.001	Ítem 85	1,00	.001
Ítem 9	1,00	.001	Ítem 29	1,00	.001	Ítem 48	1,00	.001	Ítem 67	1,00	.001	Ítem 86	1,00	.001
Ítem 10	1,00	.001	Ítem 30	1,00	.001	Ítem 49	1,00	.001	Ítem 68	1,00	.001	Ítem 87	1,00	.001
Ítem 11	1,00	.001	Ítem 31	1,00	.001	Ítem 50	1,00	.001	Ítem 69	1,00	.001	Ítem 88	1,00	.001
Ítem 12	1,00	.001	Ítem 32	1,00	.001	Ítem 51	1,00	.001	Ítem 70	1,00	.001	Ítem 89	1,00	.001
Ítem 13	1,00	.001	Ítem 33	1,00	.001	Ítem 52	1,00	.001	Ítem 71	1,00	.001	Ítem 90	1,00	.001
Ítem 14	1,00	.001	Ítem 34	1,00	.001	Ítem 53	1,00	.001	Ítem 72	1,00	.001	Ítem 91	1,00	.001
Ítem 15	1,00	.001	Ítem 35	1,00	.001	Ítem 54	1,00	.001	Ítem 73	1,00	.001	Ítem 92	1,00	.001
Ítem 16	1,00	.001	Ítem 36	1,00	.001	Ítem 55	1,00	.001	Ítem 74	1,00	.001	Ítem 93	1,00	.001
Ítem 17	1,00	.001	Ítem 37	1,00	.001	Ítem 56	1,00	.001	Ítem 75	1,00	.001	Ítem 94	1,00	.001
Ítem 18	1,00	.001	Ítem 38	1,00	.001	Ítem 57	1,00	.001	Ítem 76	1,00	.001	Ítem 95	1,00	.001
Ítem 19	1,00	.001	Ítem 39	1,00	.001	Ítem 58	1,00	.001	Ítem 77	1,00	.001	Ítem 96	1,00	.001
Ítem 20	1,00	.001												

## b) Confiabilidad por método de consistencia interna

La consistencia interna de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida para niños y adolescentes con discapacidad fue analizada por medio del coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Estos coeficientes fueron calculados con todos los ítems de la escala completa y para cada uno de los dominios. Al ser comparados con la gama de intervalos de valores propuestos por George y Mallery (2013): Inaceptable (<.50), pobre (.50 - .60), débil (.60 - .70), aceptable (.70 - .80), bueno (.80 - .90) y excelente (>.90); en la tabla 5, se observa que para los dominios los coeficientes de alfa oscilan entre .712 a .789, situándose en el intervalo aceptable; mientras que, para la escala total se aprecia un coeficiente de .812, ubicándose en el intervalo bueno.

Tabla 5

*Consistencia interna de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en niños y adolescentes con discapacidad*

Dominios	Nº de ítems	$\alpha$ de Cronbach
Inclusión social	12	.789
Autodeterminación	12	.761
Bienestar emocional	12	.712
Bienestar físico	12	.734
Bienestar material	12	.752
Derechos	12	.780
Desarrollo personal	12	.764
Relaciones interpersonales	12	.751
Escala total	96	.812

### 3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para la aplicación de la prueba se citó a los padres de familia para pedirles su colaboración y explicarles de que consta la investigación y el cuestionario. A los padres de familia se les indico que coloquen la edad, sexo, grado de instrucción y tipo de discapacidad de su menor hijo.

Asimismo, para el procesamiento de la información se usó el programa estadístico SPSS para el análisis de los datos y así realizar la estadística descriptiva comparativa de las encuestas tomadas a los padres de las personas diagnosticadas con algún tipo discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan. Se elaboraron tablas de frecuencia y porcentaje con sus respectivas interpretaciones.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE**  
**RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados descriptivos e inferenciales

En la tabla 6, se puede apreciar que la media del puntaje total de calidad de vida es de 259.34 con una desviación estándar de 41.213. Asimismo, se puede apreciar que la dimensión bienestar emocional evidencia la media más alta ( $M = 34.15$ ;  $D.E. = 5.742$ ), mientras que la dimensión inclusión social presenta la media más baja ( $M = 29.45$ ;  $D.E. = 6.548$ ).

Tabla 6

*Medidas estadísticas descriptivas de la calidad de vida*

Variable	Mín.	Máx.	M	D.E.
Inclusión social	15	48	29.45	6.548
Autodeterminación	15	48	29.89	7.421
Bienestar emocional	23	45	34.15	5.742
Bienestar físico	20	48	32.74	7.072
Bienestar material	19	48	32.54	7.285
Derecho	15	48	33.94	7.213
Desarrollo personal	19	48	34.05	6.859
Relaciones interpersonales	19	48	32.77	6.427
Calidad de vida	174	375	259.34	41.213

Se puede observar en la tabla 7, los niveles de la dimensión inclusión social de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se observa que el 41.5% (27) se ubican en el nivel medio, el 30.8% (20) obtuvieron un nivel bajo y el 27.7% (18) alcanzaron un nivel alto.

Tabla 7

*Niveles de la dimensión inclusión social*

Niveles	fi	%
Bajo	20	30.8
Medio	27	41.5
Alto	18	27.7
Total	65	100.0

Se puede ver en la tabla 8, los niveles de la dimensión autodeterminación de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se observa que el 50.8% (33) se sitúan en el nivel medio, el 26.2% (17) obtuvieron un nivel bajo y el 23.1% (15) alcanzaron un nivel alto.

Tabla 8

*Niveles de la dimensión autodeterminación*

Niveles	fi	%
Bajo	17	26.2
Medio	33	50.8
Alto	15	23.1
Total	65	100.0

Se ve en la tabla 9, los niveles de la dimensión bienestar emocional de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se observa que el 40.0% (26) se sitúan en el nivel medio, el 32.3% (21) obtuvieron un nivel bajo y el 27.7% (18) consiguieron un nivel alto.

Tabla 9

*Niveles de la dimensión bienestar emocional*

Niveles	fi	%
Bajo	21	32.3
Medio	26	40.0
Alto	18	27.7
Total	65	100.0

En la tabla 10, se exhiben los niveles de la dimensión bienestar físico de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se contempla que el 47.7% (31) se sitúan en el nivel medio, el 27.7% (18) obtuvieron un nivel alto y el 24.6% (16) alcanzaron un nivel bajo.

Tabla 10

*Niveles de la dimensión bienestar físico*

Niveles	fi	%
Bajo	16	24.6
Medio	31	47.7
Alto	18	27.7
Total	65	100.0

En la tabla 11, se aprecian los niveles de la dimensión bienestar material de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se observa que el 46.2% (30) se sitúan en el nivel medio, el 27.7% (18) obtuvieron un nivel bajo y el 26.2% (17) alcanzaron un nivel alto.

Tabla 11

*Niveles de la dimensión bienestar material*

Niveles	fi	%
Bajo	18	27.7
Medio	30	46.2
Alto	17	26.2
Total	65	100.0

Se exhiben en la tabla 12, los niveles de la dimensión derecho de acuerdo a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se contempla que el 47.7% (31) se sitúan en el nivel medio, el 26.2% (17) obtuvieron un nivel bajo y un nivel alto.

Tabla 12

*Niveles de la dimensión derecho*

Niveles	fi	%
Bajo	17	26.2
Medio	31	47.7
Alto	17	26.2
Total	65	100.0



Se visualiza en la tabla 13, los niveles de la dimensión desarrollo personal conforme a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se contempla que el 44.6% (29) se sitúan en el nivel medio, el 29.2% (19) obtuvieron un nivel alto y el 26.2% (17) alcanzaron un nivel bajo.

Tabla 13

*Niveles de la dimensión desarrollo personal*

Niveles	fi	%
Bajo	17	26.2
Medio	29	44.6
Alto	19	29.2
Total	65	100.0

En la tabla 14 se exhiben los niveles de la dimensión relaciones interpersonales conforme a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se examina que el 44.6% (29) se sitúan en el nivel medio, el 29.2% (18) obtuvieron un nivel bajo y el 26.2% (17) alcanzaron un nivel alto.

Tabla 14

*Niveles de la dimensión relaciones interpersonales*

Niveles	fi	%
Bajo	19	29.2
Medio	29	44.6
Alto	17	26.2
Total	65	100.0

En la tabla 15, se exhiben los niveles de la variable calidad de vida conforme a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad clínica. Se contempla que el 46.2% (30) se sitúan en el nivel medio, el 29.2% (19) obtuvieron un nivel alto y el 24.6% (16) alcanzaron un nivel bajo.

Tabla 15

*Niveles de la variable calidad de vida*

Niveles	fi	%
Bajo	16	24,6
Medio	30	46,2
Alto	19	29,2
Total	65	100,0

**a. Prueba de normalidad**

La tabla 16, por su lado, exhibe los resultados del cálculo de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov - Smirnov (Z), en donde se ve que los valores de significancia ( $p$ ) obtenidos para los puntajes Z de cada para la variable calidad de vida y sus dimensiones, son mayores al valor teórico de contraste ( $p < .05$ ); a excepción de la dimensión inclusión social ( $p = .019$ ), demostrando que los datos se acercan a una distribución normal alrededor de la media; en consecuencia, se justifica el empleo de estadísticas paramétricas para su análisis estadístico.

Tabla 16

*Prueba de ajuste de normalidad de la calidad de vida*

Variable	Z de Kolmogorov - Smirnov	p
Inclusión social	1.527	.019
Autodeterminación	.625	.829
Bienestar emocional	.751	.625
Bienestar físico	1.093	.183
Bienestar material	.661	.774
Derecho	.863	.445
Desarrollo personal	.952	.325
Relaciones interpersonales	1.066	.206
Calidad de vida	.956	.320

## 4.2. Contrastación de hipótesis

La tabla 17 presenta los resultados del cálculo de la prueba paramétrica “t” de Student para determinar si las diferencias halladas en los puntajes de calidad de vida y sus dimensiones entre el grupo de hombres y mujeres eran significativas. Se puede apreciar que no existen diferencias estadísticas significativas al compararse los valores de significancia ( $p$ ) con el valor teórico de contraste ( $p < .05$ ). Consecuentemente, se acepta la hipótesis nula y se rechazar la hipótesis alternativa.

Tabla 17

*Diferencias en la calidad de vida según sexo*

Variable	Grupos	M	t	$p$
Inclusión social	Hombre	29.19	-.253	.801
	Mujer	29.62		
Autodeterminación	Hombre	29.85	-.041	.968
	Mujer	29.92		
Bienestar emocional	Hombre	33.88	-.306	.760
	Mujer	34.33		
Bienestar físico	Hombre	33.46	.670	.505
	Mujer	32.26		
Bienestar material	Hombre	32.62	.069	.945
	Mujer	32.49		
Derecho	Hombre	33.92	-.014	.989
	Mujer	33.95		
Desarrollo personal	Hombre	34.35	.286	.776
	Mujer	33.85		
Relaciones interpersonales	Hombre	33.81	1.065	.291
	Mujer	32.08		
Calidad de vida	Hombre	261.08	.276	.784
	Mujer	258.18		

Después, la tabla 18 exhibe los resultados del cálculo de la prueba paramétrica “F” de ANOVA para determinar si las diferencias halladas en los puntajes de calidad de vida y sus dimensiones entre los grupos de edades eran significativas. Se puede

apreciar que no existen diferencias estadísticas significativas al compararse los valores de significancia ( $p$ ) con el valor teórico de contraste ( $p < .05$ ). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Tabla 18

*Diferencias en la calidad de vida según edad*

Variable	Grupos	M	F	p	Variable	Grupos	M	F	p
Inclusión social	4 a 8 años	28.48	.343	.794	Derecho	4 a 8 años	34.96	.663	.578
	9 a 13 años	29.76				9 a 13 años	34.62		
	14 a 18 años	30.53				14 a 18 años	32.35		
	19 años a más	28.75				19 años a más	31.25		
Autodeterminación	4 a 8 años	29.43	.700	.555	Desarrollo personal	4 a 8 años	35.43	.899	.447
	9 a 13 años	30.95				9 a 13 años	32.57		
	14 a 18 años	30.29				14 a 18 años	34.65		
	19 años a más	25.25				19 años a más	31.25		
Bienestar emocional	4 a 8 años	34.39	1.162	.332	Relaciones interpersonales	4 a 8 años	33.26	.076	.973
	9 a 13 años	35.57				9 a 13 años	32.38		
	14 a 18 años	32.12				14 a 18 años	32.71		
	19 años a más	34.00				19 años a más	32.25		
Bienestar físico	4 a 8 años	32.52	.144	.933	Calidad de vida	4 a 8 años	261.13	.287	.835
	9 a 13 años	33.24				9 a 13 años	261.38		
	14 a 18 años	32.88				14 a 18 años	258.71		
	19 años a más	30.75				19 años a más	241.00		
Bienestar material	4 a 8 años	32.87	.755	.524		4 a 8 años			
	9 a 13 años	32.33				9 a 13 años			
	14 a 18 años	33.53				14 a 18 años			
	19 años a más	27.50				19 años a más			

Del mismo modo, la tabla 19 exhibe los resultados del cálculo de la prueba paramétrica “F” de ANOVA para determinar si las diferencias halladas en los puntajes de calidad de vida y sus dimensiones entre los grupos de diagnóstico clínico eran significativas. Se puede apreciar que no existen diferencias estadísticas significativas al compararse los valores de significancia ( $p$ ) con el valor teórico de contraste ( $p < .05$ ). Por consiguiente, se acepta la hipótesis nula y se rechazar la hipótesis alternativa.

Tabla 19

*Diferencias en la calidad de vida según diagnóstico clínico*

Variable	Grupos	M	F	p	Variable	Grupos	M	F	p
Inclusión social	Discapacidad intelectual	30.19			Derecho	Discapacidad intelectual	33.00		
	Discapacidad física	31.90	.825	.485		Discapacidad física	32.80	.575	.634
	Síndrome de Down	28.84				Síndrome de Down	35.74		
	Trastorno Espectro Autista	28.20				Trastorno Espectro Autista	33.55		
Autodeterminación	Discapacidad intelectual	29.06			Desarrollo personal	Discapacidad intelectual	33.50		
	Discapacidad física	27.50	.679	.568		Discapacidad física	33.80	.423	.737
	Síndrome de Down	31.37				Síndrome de Down	35.53		
	Trastorno Espectro Autista	30.35				Trastorno Espectro Autista	33.20		
Bienestar emocional	Discapacidad intelectual	33.44			Relaciones interpersonales	Discapacidad intelectual	33.06		
	Discapacidad física	33.50	.204	.893		Discapacidad física	32.40	.084	.969
	Síndrome de Down	34.68				Síndrome de Down	33.21		
	Trastorno Espectro Autista	34.55				Trastorno Espectro Autista	32.30		
Bienestar físico	Discapacidad intelectual	33.94			Calidad de vida	Discapacidad intelectual	255.44		
	Discapacidad física	33.30	.401	.753		Discapacidad física	258.20	.116	.950
	Síndrome de Down	31.37				Síndrome de Down	263.68		
	Trastorno Espectro Autista	32.80				Trastorno Espectro Autista	258.90		
Bienestar material	Discapacidad intelectual	29.25							
	Discapacidad física	33.70	1.511	.221					
	Síndrome de Down	33.21							
	Trastorno Espectro Autista	33.95							

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**



## 5.1. Discusiones

El objetivo general de la investigación es establecer si existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en sujetos con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores se encontró que hay resultados significativos como un nivel alto en la dimensión de bienestar emocional donde la media es 34.15 asimismo, los resultados dieron que la dimensión de inclusión social obtuvo un nivel bajo con una media de 29.45. En la investigación que realizaron Córdoba, Henao y Verdugo (2016) sobre la calidad de vida en adultos con discapacidad intelectual de Colombia encontraron que, la dimensión de bienestar físico obtuvo la puntuación más alta con una media de 28, 53 seguidamente por la dimensión de inclusión social con una media de 27, 70. Asimismo las dimensiones que alcanzaron puntuaciones bajas fueron la de relaciones interpersonales con una media de 25, 16 así como la autodeterminación con una media de 24, 57. Concluyeron que se debe de brindar mayor ayuda para que los individuos diagnosticados con discapacidad intelectual tengan capacidad de decisión y de elección en situaciones de su vida. Al mismo tiempo, Morales, Blanco, Huie y Fernández (1985) señalaron que la calidad de vida puede entenderse como una medida del bienestar físico, psicológico y social, que puede ser percibido por cada persona y todos los grupos. Además de la felicidad, la satisfacción y la recompensa, esto significa comprender y analizar la experiencia subjetiva de los individuos que la componen en la sociedad.

No obstante, en el primer objetivo específico sobre precisar el nivel de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores existe evidencia de que, según la percepción de los padres de niños diagnosticados con algún tipo de discapacidad, la calidad de vida es del 46,2% poniéndolo en un nivel medio, el 29,2% es un nivel alto de calidad de vida y el 24,6% está situado un nivel bajo de calidad de vida.

Por otro lado, en el segundo objetivo específico para precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de inclusión social en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Se puede ver que la percepción de calidad de vida de los padres de familia con hijos diagnosticados

con alguna discapacidad frente a la dimensión inclusión social es de un 41.5 % lo cual lo pone a un nivel medio, el 30.8% se ubica en un nivel bajo de calidad de vida y 27.7% se posiciona de nivel alto de calidad de vida. Resultados que al ser comparados con el estudio que desarrollaron Castro, Cerda, Vallejos, Zúñiga y Cano (2016) sobre la calidad de vida en los centros de formación laboral donde hay personas con discapacidad intelectual. Los resultados de la indagación muestran que la dimensión de inclusión social obtuvo un 25.86, lo cual lo ubica en un nivel medio. Pérez del Cabral (1992) cree que la condición personal y social puede complacer las necesidades espirituales de la gente para mejorar su calidad de vida. Se puede ver que la calidad de vida no es solo la calidad del medio ambiente donde operan las personas.

En el tercer objetivo específico para determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de autodeterminación en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Se observó que la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad el 50.8 % se sitúan en un nivel medio, como el 26.2% se coloca en un nivel bajo y el 23.1% se pone en un nivel alto. Datos al ser comparados con la investigación hecha por Domínguez (2013) sobre Calidad de Vida de los adultos con discapacidad intelectual que colaboran en actividades laborales en dos instituciones ubicados en Lima a partir del entendimiento de los cuidadores. Concluyo que no se encontraron diferencias significativas en la dimensión de autodeterminación y que, desde la perspectiva de los cuidadores, manifiestan que la calidad de vida de los individuos con discapacidad es mayor. Ramírez (2000) menciona que la calidad de vida es un desenvolvimiento activo individual y dificultoso, es la apreciación psicológica, social, espiritual y físico que tienen las personas frente a la complacencia o aburrimiento que va intervenir felicidad de la persona con discapacidad.

Asimismo, en el cuarto objetivo específico para determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar emocional de las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Los resultados obtenidos conforme a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con alguna discapacidad se evidencian que el 40.0 % se coloca en un nivel medio, el 32.3% se ubica en un nivel bajo y el 27.7% se pone en un nivel alto.

Datos que al ser confrontados con lo encontrado por Alencar y Vieira. (2015) sobre la calidad de vida de los adolescentes con necesidades especiales en Pernambuco. Concluyeron que los adolescentes con discapacidad física tienen una menor percepción de la calidad de vida, mientras que los adolescentes con discapacidad visual tienen una mejor percepción de la calidad de vida. Campbell, Converse y Rodgers (1976) señalaron que enfrentar los atributos objetivos constituidos por el entorno circundante producirá una forma personal especial denominada atributos perceptuales, que dependerán subjetivamente, resultando en la evaluación de los atributos y en última instancia, lograr la satisfacción del dominio.

En el quinto objetivo específico sobre precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Acorde a la percepción de los padres con hijos diagnosticados con algún tipo de discapacidad se demuestra que un 47.7% se localiza en un nivel medio, así como un 27.7% se pone en un nivel alto y 24.6% se ubica en un nivel bajo. Datos al ser cotejado con la investigación que realizaron Cárdenas, Gutiérrez, Méndez y Velásquez (2015) sobre calidad de vida de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Concluyeron que la autopercepción es importante para poder valorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual sin necesidad de contar con otras personas que deba hablar por ellos. Diener en 1984, mencionado por Rodríguez en 1995 explica que la calidad de vida puede ser definida como un entendimiento subjetivo de cómo se puede conseguir la satisfacción, el bienestar y la sensación de comodidad personal, también el termino de entendimiento subjetivo de la calidad puede ser relacionado con criterios objetivos como comportamientos sociales, psicológicos y biológicos.

Siguiendo con el sexto objetivo específico de precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar material en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Se prueba en la tabla 11 acorde a la percepción de los padres de familia con hijos diagnosticados con algún tipo de discapacidad el 46.2% se coloca en un nivel medio, así como el 27.7% se ubica en un nivel bajo y el 26.2% se pone en un nivel alto. Resultados que al ser comparados por lo hallado por Berrospi, Sánchez y Cardozo (2018), sobre determinar la incidencia de la tartamudez referente a la alteración de la fluidez verbal y el ritmo

en la calidad de vida de pacientes adultos tartamudos que participaban en el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en Lima. Concluyeron que la impresión en la calidad de vida de los sujetos que presentan tartamudez depende de las diferencias individuales en la naturaleza multidimensional de la enfermedad. Además, el estudio muestra que un tratamiento adecuado puede mejorar la calidad de vida de los adultos. Camarero (1982) en su estudio sobre la salud nos habla como “un signo de nuestra época actual ya que nos preocupa su continua y reiterada evaluación, pero lamentablemente por normativa general de nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad y ha prestado más atención a la curación de las enfermedades y atención a la idea de prevención, la importancia de la calidad de vida en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no solo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo” (p.18).

Por ello en el séptimo objetivo específico de precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión derechos en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Se ve que la apreciación de los padres de familia de personas con algún tipo de discapacidad el 47.7% se ubica en un nivel medio, tal como el 26.2% se coloca en un nivel bajo y el 26.2% se pone en un nivel alto. Cuando se compara estos resultados con los hallados por Chávez (2015) sobre la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en personas en condición de discapacidad física del Centro de Integración de Discapacidad de Trujillo. Concluyo que existe una alta y significativa correlación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas con discapacidad motora en el Centro Integral para Discapacitados de Trujillo. De acuerdo a Olson y Barnes (1982) señalaron que una peculiaridad común de la investigación sobre la calidad de vida es el incremento de la satisfacción, que forma parte de las experiencias de la vida personal, como el matrimonio y la vida familiar, los amigos, la residencia, la vivienda, la educación, el empleo y las creencias religiosas. Todo el que trata de cumplir con estas áreas es un juicio individual subjetivo sobre cómo satisfacer sus propias necesidades y realizar sus propios intereses en el medio ambiente, es la percepción de que las personas creen que el medio ambiente tiene la posibilidad de lograr la satisfacción antes mencionada.

En el octavo objetivo específico para precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión desarrollo personal en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Asimismo, se ve que la percepción de madres y padres con hijos diagnosticados con algún tipo de discapacidad se ubica en un 44.6% localizándolo en un nivel medio, como un 29.2% se pone en un nivel alto y el 26.2% se posiciona en un nivel bajo. Resultados que al ser contrastados con la investigación que realizaron Vega, Jenaro, Flores, Cruz, y Lerdo de Tejada. (2013), sobre calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Llegando a la conclusión de que los centros residenciales deben ajustar su práctica de modelo de atención general a un modelo basado en un modelo de vida de apoyo para conseguir la completa inclusión social y la autodeterminación. Campbell, Converse y Rogers (1976) afirmaron que la felicidad es una medida general de la calidad de vida.

Concorde al noveno objetivo específico para precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales en personas con del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Se observa que la percepción de las madres y padres se analiza que el 44.6% que se localiza en un nivel medio, el 29.2% se pone en un nivel bajo y el 26.2% logra llegar a un nivel alto. Al cotejar estos datos con la investigación desarrollada por Gil-Llario, Morell-Mengual, Díaz, Giménez-García y Ruiz-Palomino (2016). Sobre la calidad de vida evaluada por los profesionales y las mismas personas con discapacidad intelectual, concluyeron que existe una diferencia en la dimensión de autodeterminación entre profesionales y personas con discapacidad intelectual, porque el grupo de profesionales refirió que las personas con discapacidad intelectual tienen autonomía, privacidad y libertad para tomar decisiones.

Si bien las personas con discapacidad intelectual tienen una valoración baja en este aspecto, pero tienen una apreciación alta de su calidad de vida. Según Argyle (1987), habla sobre las varias razones para poder lograr una adecuada satisfacción general sobre la vida “en primer lugar, los hechos objetivos como las relaciones personales, el matrimonio, un trabajo reconocido y un adecuado nivel de ocio que causan la satisfacción personal. En segundo lugar, experiencia de hechos agradables y placenteros sean pequeños índices de escaso relieve, pero que con una fuerte

tonalidad afectiva positiva tienen lugar el agrado de aspiraciones y los logros percibidos. Por último, en cuarto lugar, la propuesta que acentúa la importancia que tiene la comparación con otras personas” (p.14).

Finalmente, en el décimo objetivo específico sobre comparar los niveles de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo y edad. En la tabla 17 se puede observar que hay no diferencias significativas entre hombres y mujeres según el sexo. Y en la tabla 19 se puede ver que no hay diferencias significativas en la calidad de vida entre hombre y mujeres con discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan según la edad.

## **5.2. Conclusiones**

- Se concluye que la dimensión de bienestar emocional se evidencia ser la media más alta de las dimensiones de calidad de vida. Asimismo, se ve que la dimensión de inclusión social presenta ser la media más baja de calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan.
- Las personas con discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan en las dimensiones que abarca la calidad de vida como: la inclusión social, autodeterminación, bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, derechos, desarrollo personal y relaciones interpersonales se ubican en un nivel medio.
- Se llega a la conclusión de que las personas con discapacidad del CEBE Reverenda Madre Mariana Carrigan presentan un nivel medio en la variable de calidad de vida.
- No se evidencian diferencias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida de las personas con discapacidad del CEBE Reverenda Madre

Mariana Carrigan. Asimismo, no se evidencia diferencias estadísticas significativas según el sexo de las personas con discapacidad. Lo cual lleva a aceptar la hipótesis nula planteada en la investigación y se desestima la hipótesis alternativa.

- Se acepta la hipótesis nula referente a la calidad de vida según la edad debido que no se evidencia diferencias estadísticas significativas llevando así a rechazar la hipótesis alternativa.

### **5.3. Recomendaciones**

- Seguir realizando investigaciones direccionadas a conocer otras variables que puedan estar relacionadas con la calidad de vida de las personas con discapacidad física y cognitiva.
- Se sugiere efectuar un programa integral a los padres de familia con hijos diagnosticados con algún tipo de discapacidad con el objetivo de brindar orientaciones y estrategias para optimizar la calidad de vida.
- Los padres deben colaborar en el proceso educativo y cognitivo de sus hijos, reconociendo las destrezas que está aprendiendo su hija o hijo en el CEBE. Busque maneras de aplicar esas destrezas en casa. Por ejemplo, si la profesora está trabajando sobre el manejo del dinero, lleve a su niño al supermercado. Ayúdele a contar el dinero para pagar la cuenta y a contar el cambio.

## **REFERENCIAS**



- Alencar, C. y Vieira, S. (2015). calidad de vida en adolescentes con necesidades especiales en un municipio de Pernambuco. *Revista Brasileña de Promoción de la Salud*, 28(1), pp. 50 – 57. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/408/40842428007.pdf>
- Andrews, F. y Robinson, J. (1991). *Las medidas de bienestar subjetivo*. San Diego: Prensa académica.
- Argyle, M. (1987). *La psicología de la felicidad*. Londres: Methuen.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos de DSM – 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Berrosipi, M., Sánchez, C. y Cardozo, K. (2018). *Incidencia de la disfluencia en la calidad de vida en adultos que asisten al centro peruano de audición, lenguaje y aprendizaje - CPAL* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Blanco, A. (1985). *La calidad de vida, supuestos psicosociales*. Madrid: Pirámide.
- Bradburn, N. (1969). *La estructura del bienestar psicológico*. Chicago: Aldine.
- Camarero, C. (1982). Servicios sociales y calidad de vida: La política social en España. *Revista de estudios y documentación de servicios sociales*, 13(1), 18.
- Campbell, A. Converse, P. y Rogers, W. (1976). *La calidad de la vida americana percepciones, evaluaciones y satisfacciones*. Nueva York: Fundación Russell Sage.

- Caputo, J. (2010). *Asiento de asistencia a la postura para niños con parálisis cerebral* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://docplayer.es/12096464-Paralisis-cerebral-infantil-asiento-de-asistencia-a-la-postura-fadu-uba-caputo-julieta-stewart-usher-ma-victoria.html>
- Cárdenas, F., Gutiérrez, D., Méndez, A. y Velásquez, M. (2015). *Calidad de Vida una Mirada desde la Autopercepción de Jóvenes y Adultos con Discapacidad Intelectual Pertenecientes a la Escuela Especial Juanita Aguirre* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://opac.pucv.cl/pucv\\_txt/txt-9000/UCE9038\\_01.pdf](http://opac.pucv.cl/pucv_txt/txt-9000/UCE9038_01.pdf)
- Castro, L., Cerda, G., Vallejos, V., Zúñiga, D. y Cano, R. (2016). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral. *Revista avance en psicología latinoamericana*, 34(1), 175- 186. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v34n1/v34n1a13.pdf>
- Céspedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Revistas científicas*, 5(1), 108 – 113. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150111>
- Chávez, C. (2015). *Calidad de Vida y Bienestar Psicológico en Personas con Discapacidad Motriz de un Centro de Integración de Discapacitados de Trujillo* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1768/1/RE\\_PSICOLOGIA\\_CALIDAD.VIDA\\_BIENESTAR.PSICOLOGICO\\_DISCAPACIDAD.MOTRIZ\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1768/1/RE_PSICOLOGIA_CALIDAD.VIDA_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DISCAPACIDAD.MOTRIZ_TESIS.pdf)
- Córdoba, A., Henao, C. y Verdugo, M. (2016). Calidad de vida de adultos colombianos con discapacidad intelectual. *Revista hacia la promoción de la salud*. 21(1), 91 - 105. Recuperado de [http://190.15.17.25/promocionsalud/downloads/Revista21\(1\)\\_8.pdf](http://190.15.17.25/promocionsalud/downloads/Revista21(1)_8.pdf)

- Domínguez, S. (2013). *Calidad de vida según taller formativo ocupacional o laboral, en personas adultas con discapacidad intelectual* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Florez, J. (2016). *Características del desarrollo psicomotriz encontradas en los niños menores de 4 años con Síndrome de Down de la ciudad de Iquitos 2015* (Tesis de pregrado). Recuperado de [https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/4041/Juan\\_Tesis\\_T%c3%adtulo\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/4041/Juan_Tesis_T%c3%adtulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- French, J., Rogers, W. y Cobb, S. (1974). *Manera de ajuste como la persona se adapta*. Nueva York: Libros Básicos.
- Frith, U. y Hill, E. (2004). *Autismo, mente y cerebro*. Oxford: Prensa de la Universidad de Oxford.
- García, D. (1991). Calidad de vida. aproximación histórico conceptual. *Boletín de Psicología*, 55-94.
- García, S. y Melo, C. (2014). *Actitudes de padres de familia ante la experiencia de tener un hijo con discapacidad* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/30396.pdf>
- García-Alba, J. (2006). *Atención y motivación en personas con síndrome de Down, Relevancia de ambas funciones en el aprendizaje*. Madrigal: MC Graw Hill.
- George, D. y Mallery, P. (2013). *IBM SPSS Statistics 21 step by step: a simple guide and reference*. Boston: Pearson.
- Gil-Llario, M., Morell-Mengual, V., Díaz, I., Giménez-García, C. y Ruiz-Palomino, E. (2016). Calidad de vida de los discapacitados intelectuales valorada por ellos mismos y los profesionales: variables implicadas. *INFAD Revista de psicología*, 1(1), 265 – 274. Recuperado de

<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/213/181>

Gómez, L., Alcedo, M., Verdugo, M., Arias, B., Fontanil, Y., Arias, V., Monsalve, A. y Morán, L. (2016). *Escala de evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Guillen, A. (2016). *Servicios públicos de rehabilitación y calidad de vida en las personas con discapacidad del distrito de Moquegua, en el año 2015* (Tesis de pregrado). Recuperado de [https://repositorio.unam.edu.pe/bitstream/handle/UNAM/24/T\\_095\\_70453935\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unam.edu.pe/bitstream/handle/UNAM/24/T_095_70453935_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Guillen, J., Castro, J., García, F. y Guillén, M. (1997). *Calidad de vida salud y ejercicio físico*. Madrid: Dossier.

Hernández, E. (1999). *Desarrollo histórico de la discapacidad, evolución y tratamiento*. Recuperado de [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_disc\\_UT1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/cad_guia_disc_UT1.pdf).

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill.

Herrera, M. (2015). *Guía para la Atención Educativa de Alumnos con Necesidades Específicas Asociadas a la Discapacidad Intelectual o Trastorno del Desarrollo Intelectual*. Guerrero. México D. F.: Deposito Legal BNM.

Huillca, A. (2008). *Adaptación social de niños con discapacidad intelectual incluidos en las instituciones educativas del nivel primario de la ciudad de Huancayo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/2752/Huillca%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (2008). *Censos Nacionales 2007: XI Población VI Vivienda*. Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (2014). *Primera Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012*. Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI.

Jiménez, A. (2012). *Evaluación e Intervención Morfosintáctica en Adolescentes y Jóvenes con Síndrome Down* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/72043286.pdf>

Joly, E. (2007). *La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía*. Recuperado de <http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-alservicio-de-la-economia-clase-facderuba>

Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos: alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. México D.F.: Debolsillo.

López-Fernández, L. y Aranda-Regules, J. (1994). *Promoción de la salud, un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Mansilla, E. (1989). *La Calidad de Vida*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Maquera, N. (2017). *Nivel de conocimiento de los docentes respecto a la educación a niños con necesidades educativas especiales en la IEP N° 70025 independencia nacional* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5434/Maquera\\_Cotrado\\_Nimia\\_Vianey.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5434/Maquera_Cotrado_Nimia_Vianey.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Marqués, F., Cabezas, C., Camaralles, F., Córdoba, R., Gómez, J. y Muñoz, E. (2009). *Recomendaciones sobre el estilo de vida*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

- Ministerio de Educación, MINEDU. (2008). *Guía para la Atención a los Estudiantes con Discapacidad Severa y Multidiscapacidad*. Lima: Recuperado de <http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/05-bibliografia-para-ebe/11-guia-para-la-atencion-de-estudiantes-con-discapacidad-severa-y-multidiscapacidad.pdf>
- Morales, J., Blanco, A., Huie, C. y Fernández, J. (1985). *Psicología Social*. Madrid: Desclee de Bower.
- Ochoa, L. (2018). *Calidad de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes estudiantes de 4°, 5° y 6° del centro de educación básica especial Lurín del distrito de Lurín, 2017* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2659/TRAB.SUF.PROF.Ligia%20Esther%20Ochoa%20Flores.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Okun, M. y Stock, W. (1987). La validez de constructo de medidas de bienestar subjetivo una evaluación a través de la síntesis de la investigación cuantitativa. *Revista de Psicología de la comunidad*, 15(1), 20.
- Olson, D. y Barnes, H. (1982). *Calidad de Vida*. Washington: Paper.
- Perera, J. (1995). *Síndrome de Down, Aspectos específicos*. Barcelona: Masson.
- Pérez del Cabral, C. (1992). *Calidad de vida Minnesota, estación experimental agrícola varios informes*. Madrid: Paidós.
- Pérez, A. (2006). *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*. Caracas: Pirámide.
- Piérola, G. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson Salvat.
- Portellano, J. (2009). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.

- Ramírez, M. (2000). *Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio* (Tesis de Pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Rivas, D. (2017). *Adaptación psicométrica de la escala de calidad de vida para personas con discapacidad intelectual de centros de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú. Lima, Perú.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. México D.F.: Síntesis.
- Rojas, A. (20017). *Creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo de educación especial de Lima Sur* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
- Rozas, G. (1998). Psicología comunitaria, ciudad y calidad de vida. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 2(1), 69-87.
- Schalock, R., Luckasson, R. y Shogren, K. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual Siglo Cero*, 38(4), 5-20.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2007). El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios y Apoyos para Personas con Discapacidad Intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual Siglo Cero*, 38(4), 21 – 36.
- Valencia, L. (2014). *Breve Historia de las Personas con Discapacidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos*. Recuperado de <https://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>
- Vallejo-Martínez, J. (2001). Duelo de los Padres ante el Nacimiento de un Niño con Discapacidad. *Revista Médica Universidad de Antioquia*, 14(2), 25.

Vega, V., Jenaro, C., Flores, N., Cruz, M. y Lerdo de Tejada, A. (2013). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile. *Revista Universitas Psychologica*, 12(2), 471-481.

Verdugo, M. (2007). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Siglo cero*, 34(1), 45.

Verdugo, M. y Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual Siglo Cero*, 41(4), 7- 21.



## **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>¿Qué diferencia existe al comparar la calidad de vida en personas con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Establecer si existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1) Precisar el nivel de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.</p> <p>2) Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p><b>H<sub>g</sub>:</b> Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.</p> <p><b>H<sub>0</sub>:</b> No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.</p>	<p><b>Variable:</b></p> <p><b>Calidad de vida:</b> será medida a través de las siguientes dimensiones:</p> <p>Inclusión social. Autodeterminación. Bienestar emocional. Bienestar físico. Material. Derecho. desarrollo personal. Relaciones interpersonales</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación:</b></p> <p>No experimental y descriptivo comparativo</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>La población estuvo constituida por 65 padres de familia de personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan.</p> <p>La muestra quedo fijada en 65 padres de familia de personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan.</p>

inclusión social en  
personas con  
discapacidad del CEBE  
Rvda. Madre Mariana  
Carrigan del distrito de San  
Juan de Miraflores.

**Hipótesis específicas:**

- H<sub>1</sub>:** Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo.
- 3)** Determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de autodeterminación en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
- H<sub>0</sub>:** No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo.
- 4)** Determinar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar emocional de las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
- H<sub>2</sub>:** Existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo.

**Instrumentos de medición:**

Escala de evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad.

---

- 5) Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. **H<sub>0</sub>:** No existe diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en las personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
- 6) Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión de bienestar material en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función a la edad.
- 7) Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión derechos en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
-

- 8)** Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión desarrollo personal en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
  
  - 9)** Precisar el nivel de calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores.
  
  - 10)** Comparar los niveles de calidad de vida en personas con discapacidad del CEBE Rvda. Madre Mariana Carrigan del distrito de San Juan de Miraflores en función al sexo y edad.
-

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... identificado con DNI..... accedo voluntariamente a participar de la investigación sobre Calidad de Vida en Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial del Distrito de San Juan de Miraflores, dirigido por el investigador Dennis Mauricio Velásquez Vilchez. Se me ha explicado que la información que se recoja será confidencial. Por otro lado, se me ha comunicado que para elaborar los cuadros estadísticos de la investigación se utilizará la información que dé a través del instrumento de evaluación y que los resultados que se obtengan serán utilizados para realizar la discusión, conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

**FIRMA**

### Anexo 3

#### ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

##### DATOS GENERALES:

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( )      Femenino ( )

Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

##### Tipo de Discapacidad:

Síndrome de Down \_\_\_\_\_ Retraso Mental \_\_\_\_\_

Autismo \_\_\_\_\_ Parálisis Cerebral \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

##### Indicadores:

<b>N</b>	Nunca
<b>A</b>	A veces
<b>F</b>	Frecuentemente
<b>S</b>	Siempre

**Instrucciones:**

A continuación, se presentan una serie de preguntas respecto a la calidad de vida de su menor hijo. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona. No deje ninguna pregunta en blanco.

**INCLUSION SOCIAL**

1	Disfruta de vacaciones en entornos inclusivos (p. ej., hotel, parque, casa rural, playa, montaña, SPA, parques temáticos)	N	A	F	S
2	Está integrado/a con sus compañeros/as de clase	N	A	F	S
3	Participa en actividades fuera del centro con personas ajenas a su contexto de apoyos	N	A	F	S
4	Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales	N	A	F	S
5	Participa en actividades inclusivas que le interesan	N	A	F	S
6	Participa en celebraciones familiares (p. ej., cumpleaños, fiestas, bodas, bautizos)	N	A	F	S
7	Participa en grupos naturales de su comunidad (p. ej., scouts, deportes, sociales, educativos, religiosos)	N	A	F	S
8	Realiza actividades de ocio con personas de su edad	N	A	F	S
9	Recibe apoyos e intervenciones en contextos naturales (p. ej., hogar, entornos comunitarios, centro educativo, centro de salud)	N	A	F	S
10	Se toman medidas específicas para potenciar su participación en la comunidad	N	A	F	S
11	Tiene oportunidades de conocer otros entornos diferentes al lugar donde vive (p. ej., viajar, hacer excursiones, rutas turísticas)	N	A	F	S
12	Utiliza entornos comunitarios (p. ej., colegio, cafeterías, bibliotecas, piscina, cines, parques, playas)	N	A	F	S

**AUTODETERMINACION**

13	Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones	N	A	F	S
14	Elige cómo pasar su tiempo libre	N	A	F	S
15	Elige con quién pasar su tiempo libre (p. ej., amigos, cuidadores, familiares)	N	A	F	S
16	Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre	N	A	F	S
17	Decora la habitación a su gusto (p. ej., elige posters, cuadros, disposición de los objetos)	N	A	F	S
18	Rechaza aquello que le desagrada (p. ej., comida, actividades, ropa, juegos) mediante gestos, sonidos o palabras	N	A	F	S
19	Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud (p. ej., participar en una actividad de ocio, irse a la cama a una hora determinada, ponerse la ropa que otros eligen)	N	A	F	S
20	Solicita atención de otras personas cuando lo necesita (con gestos, sonidos o palabras)	N	A	F	S
21	En el centro se tiene en cuenta su opinión cuando se realizan cambios	N	A	F	S
22	En el centro se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias (p. ej., las personas que le proporcionan apoyos, estar solo/a o en grupo, lugares en los que estar, tiempo, ritmos)	N	A	F	S
23	Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos	N	A	F	S
24	Se respetan sus decisiones (salvo que pongan en peligro su integridad física o la de otras personas)	N	A	F	S



### BIENESTAR EMOCIONAL

25	En el centro se le proporcionan cariño, afecto y contacto físico apropiados cuando los necesita	N	A	F	S
26	Recibe elogios y cumplidos cuando realiza algo bien	N	A	F	S
27	Las personas que le proporcionan apoyos ponen atención a las expresiones faciales, miradas y dirección de la vista, voz, tensión muscular, postura, movimiento y reacciones fisiológicas	N	A	F	S
28	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (p. ej., alegría, diversión, placer, tranquilidad)	N	A	F	S
29	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de malestar emocional (p. ej., angustia, tristeza, tensión, enfado)	N	A	F	S
30	Las personas que le proporcionan apoyos programan actividades en función de sus manifestaciones de satisfacción con ellas	N	A	F	S
31	Se toman medidas específicas para que su entorno sea reconocible y predecible (p. ej., espacios, temporalización, personas que le proporcionan apoyos, actividades)	N	A	F	S
32	Se le proporciona con antelación información comprensible sobre la sucesión de actividades y eventos a lo largo del día	N	A	F	S
33	Se le informa con antelación sobre los cambios de personas que le proporcionan apoyos (p. ej., debido a turnos, bajas, vacaciones, situaciones familiares)	N	A	F	S
34	Las personas que le proporcionan apoyos aplican técnicas de Apoyo Conductual Positivo para instaurar, mantener, eliminar y reducir conductas	N	A	F	S
35	Las personas que le proporcionan apoyos saben cómo enfrentarse a una situación de crisis (p. ej., agresión, autolesión)	N	A	F	S
36	Ante situaciones inesperadas, las personas que le proporcionan apoyos le ayudan a comprender la situación	N	A	F	S

### BIENESTAR FISICO

37	Toma la cantidad de comida y líquidos aconsejada para mantener un buen estado de salud	N	A	F	S
38	Tiene una adecuada higiene (p. ej., dientes, pelo, uñas, cuerpo) e imagen personal (p. ej., ropa adecuada para su edad, para la ocasión)	N	A	F	S
39	Recibe apoyos específicos cuando quiere cambiar algún aspecto de su apariencia (p. ej., ir a la peluquería, depilarse, maquillarse, realizar alguna actividad física)	N	A	F	S
40	Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades	N	A	F	S
41	Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (p. ej., pediatra, logopeda, fisioterapeuta)	N	A	F	S
42	Se toman medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados de discapacidades físicas (p. ej., espasticidad, rigidez, deformidad)	N	A	F	S
43	Se presta especial atención al diagnóstico y al tratamiento de las discapacidades sensoriales (p. ej., problemas visuales o auditivos)	N	A	F	S
44	Se toman medidas específicas para prevenir o tratar el dolor	N	A	F	S
45	Recibe apoyos que le garantizan un adecuado confort postural	N	A	F	S
46	Se supervisa el uso o la necesidad de medicación de forma sistemática (p. ej., dosis, frecuencia, beneficios, efectos secundarios)	N	A	F	S

47	Tiene un plan de salud preventiva (p. ej., analíticas periódicas, revisiones de especialistas)	N	A	F	S
48	Recibe atención inmediata cuando se encuentra mal	N	A	F	S

### BIENESTAR MATERIAL

49	Cuenta con las ayudas técnicas apropiadas para maximizar su autonomía	N	A	F	S
50	Las ayudas técnicas que necesita han sido adaptadas de forma individual	N	A	F	S
51	Cuenta con sus propios materiales para entretenerse (p. ej., juegos, revistas, música, televisión)	N	A	F	S
52	Dispone de un espacio físico con sus pertenencias personales a su alcance	N	A	F	S
53	Dispone de los bienes materiales que necesita (p. ej., ropa, objetos personales, dinero de bolsillo, juegos, revistas, música, televisión)	N	A	F	S
54	Le gustan las cosas que tiene (p. ej., juguetes, materiales escolares, ropa)	N	A	F	S
55	Tiene ropa adecuada a su gusto y edad	N	A	F	S
56	El lugar en el que vive está adaptado a sus características físicas, sensoriales e intelectuales	N	A	F	S
57	Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a sus deseos y preferencias	N	A	F	S
58	Tiene libre acceso a su dormitorio, baño y otros lugares en los que transcurren sus rutinas diarias	N	A	F	S
59	Dispone de nuevas tecnologías para aumentar o facilitar su comunicación (p. ej., pantallas digitales, tabletas, etc.)	N	A	F	S
60	En el centro educativo cuenta con material didáctico específicamente adaptado a sus necesidades	N	A	F	S

### DERECHOS

61	Las personas que le proporcionan apoyos disponen de formación específica sobre ética y respeto de los derechos de las personas con discapacidad	N	A	F	S
62	Las personas que le proporcionan apoyos le tratan con respeto (p. ej., le hablan con un tono adecuado, utilizan términos positivos, evitan los comentarios negativos en público, evitan hablar delante de él/ella como si no estuviera presente)	N	A	F	S
63	Se toman medidas específicas para respetar su privacidad (p. ej., llamar antes de entrar, durante el cuidado personal y la higiene, relacionada con su sexualidad, información confidencial, difusión de imágenes)	N	A	F	S
64	Se protege de forma adecuada la confidencialidad de sus evaluaciones individuales	N	A	F	S
65	Se respetan sus posesiones y su derecho a la propiedad	N	A	F	S
66	Cuenta con un espacio con intimidad si lo desea	N	A	F	S
67	Se respetan y se defienden sus derechos (p. ej., confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario/a)	N	A	F	S
68	Se le proporcionan los apoyos necesarios para que conozca y ejercite sus derechos	N	A	F	S
69	En su entorno es tratado/a con respeto	N	A	F	S
70	Se le informa adecuadamente acerca de decisiones importantes que se toman en su nombre	N	A	F	S
71	Se informa a la persona y a su responsable legal sobre la aplicación de medidas de contención física o mecánica en el caso de que las necesite	N	A	F	S
72	Participa en actividades con las mismas oportunidades que otras personas	N	A	F	S

### DESARROLLO PERSONAL

73	Se toman medidas específicas para mantener sus capacidades y habilidades	N	A	F	S
74	Aprende cosas que le hacen ser más independiente	N	A	F	S
75	Se priorizan actividades que favorecen su independencia	N	A	F	S
76	Se le enseñan actividades de la vida diaria (p. ej., alimentación, aseo, cuidado de ayudas técnicas personales)	N	A	F	S
77	Se le enseñan actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., uso de transportes, preparación de comidas, compras)	N	A	F	S
78	Las actividades que realiza le permiten el aprendizaje de nuevas habilidades	N	A	F	S
79	Se le proporcionan instrucciones y modelos para aprender cosas nuevas	N	A	F	S
80	Tiene oportunidades para demostrar sus habilidades	N	A	F	S
81	Se estimula su desarrollo en distintas áreas (p. ej., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora)	N	A	F	S
82	Las tareas que se le proponen se ajustan a sus capacidades, ritmos y preferencias (p. ej., evitando una infra o una sobre estimulación)	N	A	F	S
83	Las personas que le proporcionan apoyos le ayudan a planificar las actividades que quiere realizar cuando lo necesita	N	A	F	S
84	Se tienen en cuenta sus fortalezas cuando se plantean nuevos objetivos	N	A	F	S

### RELACIONES INTERPERSONALES

85	En el centro se diseñan actividades que facilitan las interacciones personales entre compañeros/as	N	A	F	S
86	Tiene relación con compañeros/as de su edad en el centro educativo	N	A	F	S
87	Tiene oportunidades para iniciar una relación de amistad si lo desea	N	A	F	S
88	Tiene oportunidades para estar a solas con sus amistades y personas conocidas	N	A	F	S
89	Se toman medidas específicas para mantener y extender sus redes sociales	N	A	F	S
90	Se comprueba de forma sistemática el significado de sus gestos, sonidos y conductas	N	A	F	S
91	Se toman medidas específicas para mejorar sus habilidades de comunicación	N	A	F	S
92	Las personas que le proporcionan apoyos entienden el sistema de comunicación que utiliza	N	A	F	S
93	Se ha identificado la mejor forma de comunicarle información (i.e., visual, táctil, auditiva, olfativa, gustativa)	N	A	F	S
94	Cuando se interactúa con él/ella, se le proporciona el tiempo necesario para que pueda responder	N	A	F	S
95	Las personas que le proporcionan apoyos comprueban si les entiende correctamente mediante el análisis de sus reacciones	N	A	F	S
96	Utiliza un sistema de comunicación entendible en diferentes contextos	N	A	F	S

¡Muchas Gracias por su Participación y Colaboración!

## Anexo 4

# TESIS DENNIS VELASQUEZ

---

### INFORME DE ORIGINALIDAD

---

**28%**

INDICE DE SIMILITUD

**28%**

FUENTES DE  
INTERNET

**6%**

PUBLICACIONES

**9%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

### FUENTES PRIMARIAS

---

**169**

**filadd.com**

Fuente de Internet

**<1%**

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado