



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD ATENDIDA
POR EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN LABORAL DEL DIF IZTAPALAPA”

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE REHABILITACION

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH HERNÁNDEZ VALENCIA
DRA. EVA ANNEL CISNEROS BALLESTEROS

TUTOR DE TESIS:

DRA. ENRIQUE EDUARDO ORTIZ ORTEGA
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCION INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN E INTEGRACION EDUCATIVA
“GABY BRIMMER”

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. NOVIEMBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN	2
MARCO TEÓRICO.....	3
Introducción	3
La discapacidad en México.....	7
La discapacidad y la desigualdad socioeconómica	9
La discapacidad y el empleo.....	11
Medidas para abordar los obstáculos de la población con discapacidad y el empleo ...	13
ANTECEDENTES	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
HIPÓTESIS	17
OBJETIVO GENERAL.....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
JUSTIFICACIÓN	18
METODOLOGÍA.....	20
Tipo de estudio	20
Población de estudio.....	20
Tamaño de la muestra	21
Criterios de Inclusión	22
Criterios de Exclusión	22
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	29
REFERENCIAS.....	30

RESUMEN

Introducción: La OMS estima que en todo el mundo hay más de mil millones de personas con algún tipo de discapacidad y el INEGI estima que en México más de 5 739 000 personas poseen algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 5% de la población nacional. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados en salud, peores resultados educativos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. **Planteamiento del problema:** Los problemas anteriores se relacionan con la falta de inclusión laboral que genera desigualdad en las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad y sus familias tienen menor probabilidad de incorporarse a un empleo y mantenerse en él, quienes logran hacerlo reciben sueldos menores a pesar de realizar las mismas actividades que una persona sin discapacidad y su poder adquisitivo se ve mermado por presentar mayor gasto en atención personal, atención médica, dispositivos auxiliares y transporte. Las instituciones que se encargan de los servicios de contratación de personas con discapacidad en México no reportan las características de sus poblaciones ni tasas de éxito de sus programas. La falta de información en estos programas disminuye la posibilidad de satisfacer sus necesidades laborales por parte del personal y aleja a los pacientes de poder cumplir un rol dentro de la sociedad. No existen reportes publicados sobre la caracterización de las personas con discapacidad atendidas por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa. **Objetivo:** Conocer las características de las personas con discapacidad atendidas por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo. **Población de estudio:** personas con discapacidad que se atienden en el servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa atendidas desde enero 2015 a junio del 2016. **Variables de estudio:** condición familiar, edad, sexo, nivel socioeconómico, ingreso familiar, educación, derechohabiencia, tipo de discapacidad, origen de la discapacidad, área de interés ocupacional, tiempo transcurrido para obtener empleo, área de ocupación, capacitación recibida, historial de obtención, historial de conservación del empleo, motivo de recesión de contrato. **Análisis estadístico:** Medidas de estadística descriptiva. **Resultados y discusión:** No disponibles

MARCO TEÓRICO

Introducción

La discapacidad forma parte de la condición humana, casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a una edad avanzada experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. A pesar de que la discapacidad ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia, esta no ha sido fácil de definir. ¹ Las primeras definiciones de discapacidad consideraban únicamente a la deficiencia de las funciones o estructuras corporales que puede resolverse o no dentro de un modelo médico o mágico, sin considerar el rechazo social que genera dicha discapacidad. Después de la segunda mitad del siglo XX con el fin de la Segunda Guerra Mundial el término discapacidad comenzó incluir gradualmente las complicaciones sociales que las personas con discapacidad presentan dentro de su sociedad.²

Al finalizar el conflicto bélico en 1945, se funda la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un año después se incorpora la Organización Internacional del Trabajo (OIT), especializada en el fomento de la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos, y en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfocada en la gestión de políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. ³ Ese mismo año, la Asamblea General de la ONU proclamó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, origen inmediato de las normas jurídicas que asumen la protección y los derechos de las personas con discapacidad. Diez años después, la OIT aprobó el Convenio nº 111 y la Recomendación nº 111 sobre discriminación en materia de empleo y ocupación, en las que se prohíben las discriminaciones en el empleo que tengan su origen, entre otras razones, en la discapacidad. ⁴

Al ser la ONU una de las primeras instituciones que reconoce que la discapacidad es compleja, y que las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto, también fue una de las primeras organizaciones que impulsó la realización de importantes foros para poder generar cambios en la sociedad mundial. ⁵

En la década de 1970, frente al caos conceptual y terminológico existente para clasificar la discapacidad, la OMS se propuso desarrollar una clasificación que fuera útil para todos los profesionales que trabajan en el campo de la discapacidad, ya sea en contextos de salud, de empleo o comunitarios, con un lenguaje común que facilitara la comunicación entre los distintos profesionales y disciplinas. Así, como clasificación complementaria de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y como parte de la „familia“ de clasificaciones que han desarrollado, en 1980 publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), cuyo principal objetivo era clasificar las consecuencias de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos, y no tanto recopilar datos sobre sus causas. ⁶

Uno de los hechos históricos más importantes en este cambio de perspectiva de la discapacidad es cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta dos de sus principales declaraciones en materia de discapacidad: la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental* en 1971 y la *Declaración de los Derechos de los Impedidos* en 1975. La primera proporciona un marco para la protección de los derechos mediante la adopción de medidas a nivel nacional e internacional; mientras que la segunda, reafirma los derechos de las personas a la educación, a la atención sanitaria y a servicios de colocación. Con ello, este organismo da sus primeros pasos hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad. ³ Por su parte, como alternativa al modelo tradicional de organización de los servicios de rehabilitación, al final del decenio de 1970, la OMS impulsó la estrategia de Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), con un enfoque basado en un alto grado de participación de las comunidades. El objetivo de dicha estrategia es asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes, y alcancen la plena inserción social en el seno de su comunidad y de la sociedad. ⁷

El trabajo continuo alrededor del mundo para mejorar las condiciones sociales de las personas discapacitadas y con el tiempo la definición de discapacidad tiene la necesidad de actualizarse y en 1980 la OMS con la publicación de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM), aporta una perspectiva de lo social en el concepto de discapacidad que ayuda en la inclusión del entorno en la valoración de las consecuencias de la discapacidad. ⁸

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba en 1983 el Convenio 159 y la Recomendación 168, que establecen medidas positivas, a nivel nacional, para el desarrollo de servicios de readaptación profesional y empleo para personas con discapacidad.³ En 1981 la ONU celebra el Año Internacional de los Impedidos y un año después aprueba el *Programa de Acción Mundial para los Impedidos*, que reestructura la política en materia de discapacidad en torno a tres esferas: prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades; también ese año se proclama al periodo que va de 1983 a 1992 como el *Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos*. Comienza así una nueva era que trata de definir la discapacidad en términos de la relación entre las personas con discapacidad y su entorno y, con ello eliminar los obstáculos impuestos por la sociedad a la plena participación de las personas con discapacidad.⁶

En 2001, la OMS concluye el proceso de revisión de la CIDDM con el lanzamiento de una nueva clasificación, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), que usa un enfoque biopsicosocial de la discapacidad y busca eliminar el elemento de estigmatización y discriminación que toda clasificación tiende a producir.^{9,10}

En el otoño del 2001, México propone a la Asamblea General de la ONU crear un Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Cinco años después, en diciembre de 2006, la Asamblea General aprueba la *Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad*, y en marzo de 2007 la abre a su firma, junto con su Protocolo Facultativo, entrando en vigor en mayo de 2008, después de recibir su 20ª ratificación.¹¹ La Convención, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el disfrute pleno e igualitario de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente, dota al Derecho internacional de un instrumento jurídicamente vinculante para que los gobiernos introduzcan gradualmente cambios en sus legislaciones, referentes a mejorar y promover el acceso a la educación y al empleo de las personas con discapacidad. Asimismo, prevé acceso a la información y a sistemas de salud adecuados; garantías para la movilidad, sin obstáculos físicos ni sociales, así como proteger y garantizar la igualdad plena con las demás personas.

La Convención no sólo implica la elaboración de leyes y medidas para asegurar los derechos de las personas con discapacidad, sino que además representa un cambio de paradigma hacia las personas con discapacidad, en tanto que acuerda eliminar legislaciones, prácticas y costumbres que las discriminen.¹²

Así, el mundo contemporáneo asume la plena integración de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos y no como un privilegio otorgado. La discapacidad, entendida en su contexto social, es mucho más que una mera condición: es una experiencia de diferencia, frecuentemente una experiencia de exclusión y de opresión. Por ello, lograr que alcancen el máximo de desarrollo, que sean mirados en sus potencialidades y no se les encasille en sus déficits es, sobre todo, un cambio cultural (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Actualmente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) *discapacidad* es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.⁵

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, las personas con discapacidad “son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás”.¹⁰

La discapacidad en el Mundo

Se estima que más de mil millones de personas vivían con algún tipo de discapacidad en el año 2010, lo que equivalía al 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.⁵

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.⁵

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos.¹³ Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.⁵

La discapacidad en México

De acuerdo al Censo Poblacional en 2010 había en México 5 739 000 personas declararon tener algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 5% de la población nacional con una razón hombre/mujer de 1.03. La discapacidad en este censo fue explorada por auto reporte de dificultad (discapacidad) para realizar al menos una de las actividades como: caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención o aprender, atender el cuidado personal y mental.¹⁴

Asimismo, indica que los adultos mayores no sólo conforman el grueso de las personas con discapacidad, sino también son el grupo de edad en el que a su interior se concentra el mayor porcentaje, ya que de cada 100 adultos mayores, 31 reporta discapacidad; mientras que del

total de adultos son seis de cada 100, y de jóvenes y niños dos de cada 100. Además de que las mujeres tienen un porcentaje con discapacidad más elevado que los hombres (52.3% frente a 47.7%, respectivamente); aunque varía según el grupo de edad, y en los niños y jóvenes la presencia de discapacidad es más alta en varones.¹⁴

Las entidades federativas más pobladas (Estado de México, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León), presentan la mayor cantidad de población con discapacidad. El INEGI precisa que la principal causa de discapacidad entre el total de dificultades reportadas son la enfermedad, con 38.5%, seguida de la edad avanzada, con 31%, el nacimiento, con 15% y los accidentes, con 12 por ciento.¹⁵

Dicha distribución es relativamente igual para hombres y mujeres; aunque los varones reportan porcentajes más altos en discapacidad por accidentes, con 15.3% y nacimiento, con 18.2% y, las mujeres en edad avanzada, con 35.6% y enfermedad, con 39.6 por ciento. En los niños y jóvenes, la discapacidad a consecuencia de un problema antes o durante el nacimiento es el origen principal y considerablemente más alta que los adultos y adultos mayores, pues representa la causa de 68.9 y 53.9% de los casos, respectivamente. Mientras que en los adultos y adultos mayores la enfermedad y la edad es el factor detonante. En los adultos mayores, 50.9% de las discapacidades tienen por origen la edad avanzada.

Más de la mitad de la población con discapacidad en el país tiene alguna dificultad para caminar y moverse, y tres de cada diez para usar sus brazos y manos. Cerca de una quinta parte tiene discapacidad visual y una décima parte auditiva. Entre las limitaciones menos frecuentes están la limitación en el habla (4%) y la discapacidad mental (0.5%). Por último, 21% presenta algún otro tipo de discapacidad.¹⁴ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012) en el México existen 31.5 millones de hogares, de ellos 6.1 millones reportan que existe al menos una persona con discapacidad; es decir, en 19 de cada 100 hogares vive una persona que presenta alguna dificultad.¹⁶

La discapacidad y la desigualdad socioeconómica

En México, las personas con discapacidad son titulares de la totalidad de derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales firmados y ratificados por México.

El artículo 1o constitucional prohíbe explícitamente la discriminación motivada por las discapacidades y establece que las autoridades tienen la obligación de promover, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad a partir de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y deben prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones que sufran en el ejercicio de sus derechos. En lo que respecta a los tratados internacionales, para las personas con discapacidad está garantizado el ejercicio de sus derechos humanos en condiciones de igualdad con los demás integrantes de la sociedad. Entre otros instrumentos se encuentran el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, el Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas, la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y su Protocolo Adicional sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Además, órganos especializados de la Organización de las Naciones Unidas han emitido documentos sobre personas con discapacidad, como la Observación General 18 sobre No Discriminación del Comité de Derechos Humanos; la Observación General 5 sobre Personas con Discapacidad y la Observación General 20 sobre la No Discriminación y los Derechos Económicos Sociales y Culturales, ambas del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y, la Observación General 9 sobre los Derechos de los Niños con Discapacidad del Comité sobre los Derechos del Niño. En 2007, bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas, se abrió a firma la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que hoy en día ha sido ratificada por 103 países. El objetivo de este tratado es que los países impulsen medidas apropiadas para asegurar el pleno desarrollo e inclusión de

las personas con discapacidad, a fin de garantizarles plenamente los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad real de condiciones y sin discriminación alguna.^{3,14}

El gobierno de México cumpliendo con los lineamientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad publicó el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 y el Programa Nacional de Trabajo y Empleo para Personas con Discapacidad 2014-2018 los cuales contienen los objetivos, estrategias, indicadores y metas que regirán la actuación del Gobierno Federal durante la presente administración.^{17,18} A pesar del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en México, las condiciones de vida de los grupos discapacitados no han mejorado porque en México el mercado de trabajo se encuentra dominado por actividades económicas terciarias e informales, donde las protecciones sociales están ausentes o tienen una presencia débil, caracterizadas por su baja productividad y sus bajos salarios.¹⁹

Lo anterior se ve reflejado en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 (ENADIS) en donde se observó que dos de cada tres mujeres y hombres en México consideran que los derechos de las personas con discapacidad sólo se respetan únicamente de forma parcial y la población con discapacidad considera que el desempleo es el principal problema que las personas con esa condición enfrentan hoy en día en el país seguida por la discriminación y las dificultades que enfrentan para ser autosuficientes.²⁰

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados en salud, peores resultados educativos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas.⁵

Sumado a estos problemas se ha observado que las personas con discapacidad se enfrentan a barreras que limitan su acceso a la atención preventiva y son más propensos a padecer de ansiedad, dolor, insomnio y depresión.²¹ Los datos también indican que los profesionales de la salud pueden tener que hacer esfuerzos adicionales para llegar a este grupo de población. Por ejemplo, en 2003 en los Estados Unidos la proporción de tabaquismo entre las personas

con discapacidad fue del 31 por ciento en comparación con el 20 por ciento entre las personas sin discapacidad, y el 53 por ciento se reportó sedentario en comparación con el 34 por ciento entre las personas sin discapacidad. En lo que respecta a los resultados de salud, en 2002, 37 por ciento tenía la presión arterial alta en comparación con el 29 por ciento de los adultos sin discapacidad, y el 42 por ciento fueron afectados por la obesidad en comparación con el 28 por ciento de los adultos sin discapacidad.²¹ Las mujeres con discapacidad y los que son minorías experimentan barreras sociales y ambientales adicionales que los hacen más vulnerables a ciertas condiciones de salud. Por ejemplo, las mujeres con discapacidad son más propensas a sufrir de dolor, fatiga, osteoporosis, obesidad y la depresión. Las personas discapacitadas que pertenecen a un grupo minoritario tienen mayor riesgo de presentar desigualdades en su salud.²¹

Las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL, indican que en México 5.7 millones de personas con discapacidad presentan al menos una carencia social, 2.1 millones presentan al menos tres carencias sociales, 3.8 millones presentan rezago educativo, 1.3 millones presentan carencia por acceso a los servicios de salud, 3.1 millones carencia por acceso a la seguridad social, 0.8 millones carencia por calidad y espacios en la vivienda, 1.7 millones carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, y 2.2 millones carencia por acceso a la alimentación. 1.7 millones de personas con discapacidad viven con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo y 3.9 millones viven con un ingreso inferior a la línea de bienestar.²²

La discapacidad y el empleo

La inclusión laboral de las personas con discapacidad continúa siendo uno de los elementos medulares que generan desigualdad en las personas con discapacidad. En general las personas con discapacidad y sus familias tienen menor probabilidad de incorporarse a un empleo y mantenerse en él. Quienes logran hacerlo reciben sueldos menores a pesar de realizar las mismas actividades que una persona sin discapacidad y su poder adquisitivo se ve mermado por presentar mayor gasto en atención personal, atención médica, dispositivos auxiliares y transporte. La proporción de desempleo entre las personas con discapacidad oscila alrededor del mundo entre el 50 y 90%.²³

En consecuencia, las personas con discapacidad presentan tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. En promedio, las personas con discapacidad y las familias con un miembro con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones, como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud, además de que en promedio poseen menos bienes que las personas y familias sin una discapacidad.⁵

Las personas con discapacidad pueden tener costos adicionales de asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares. Debido a estos gastos más elevados, es probable que las personas con discapacidad y sus familias sean más pobres que las personas sin discapacidad con unos ingresos similares. En los países de ingresos bajos, las personas con discapacidad, en comparación con las personas sin discapacidad, tienen una probabilidad un 50% mayor de enfrentarse a gastos catastróficos en salud.¹

La falta de recurso de institucionalización, la falta de vida comunitaria y los servicios de atención deficientes aíslan a las personas con discapacidad y las hacen dependientes de otros. Por ejemplo se ha observado el 42% de los ancianos discapacitados no pueden entrar y salir de la cama, sentarse o levantarse de una silla, porque no tiene a nadie que les ayude a hacerlo. Se ha señalado que las instituciones residenciales son responsables de la falta de autonomía y la segregación de las personas con discapacidad con respecto a la comunidad general, aparte de otras violaciones de los derechos humanos.²⁴

La mayor parte del apoyo que recibe una persona con discapacidad procede de familiares o redes sociales. Pero recurrir exclusivamente al apoyo informal puede tener consecuencias adversas para los cuidadores, como tensión psicológica y emocional, aislamiento y pérdida de oportunidades socioeconómicas. Estas dificultades aumentan a medida que envejecen los miembros de la familia. En promedio los familiares de niños con discapacidades del desarrollo trabajan menos horas que los de otras familias, tienen más probabilidades de perder el empleo, tienen problemas económicos más graves y es menos probable que se incorporen a un nuevo trabajo.²⁴

Medidas para abordar los obstáculos de la población con discapacidad y el empleo

Las leyes contra la discriminación ofrecen un punto de partida para promover la inclusión de las personas con discapacidad en el mundo laboral. En los países donde la legislación exige a los empleadores que realicen adaptaciones razonables, como facilitar el acceso a los procedimientos de selección y contratación, adaptar el entorno de trabajo, modificar los horarios laborales y proporcionar tecnologías auxiliares, estas adaptaciones pueden reducir la discriminación en el empleo, mejorar el acceso al lugar de trabajo y modificar las percepciones acerca de la aptitud de las personas con discapacidad para ser trabajadores productivos. Para reducir costos adicionales que, de otra forma, deberían asumir los empleadores y empleados, puede estudiarse una serie de medidas financieras, como incentivos fiscales y financiación para adaptaciones razonables.⁷

Aparte de la formación profesional convencional, la formación inter pares, la tutoría y la intervención temprana son opciones prometedoras para mejorar las aptitudes de las personas con discapacidad. La rehabilitación basada en la comunidad también puede mejorar aptitudes y actitudes, reforzar la formación en el empleo y proporcionar orientación a los empleadores. En diversos países, los servicios de colocación para las personas con discapacidad, controlados por los propios usuarios, han promovido la formación y las oportunidades de empleo.²⁵

Para las personas que desarrollan una discapacidad mientras están empleadas, los programas de gestión de la discapacidad, tratamiento de casos, educación de supervisores, adaptación del lugar de trabajo, reincorporación rápida al trabajo con apoyos apropiados- han mejorado las tasas de reintegración al mundo laboral. Para algunas personas con discapacidad, incluidas las que presentan dificultades significativas de funcionamiento, los programas de empleo con apoyo pueden facilitar el desarrollo de aptitudes y las oportunidades de empleo. Estos programas pueden incluir adiestramiento para el empleo, formación laboral especializada, supervisión adaptada individualmente, transporte y tecnologías auxiliares. Donde predomina la economía informal, es importante promover el empleo de las personas con discapacidad por cuenta propia y facilitar el acceso a microcréditos a través de una mayor divulgación, mejorando el acceso a la información accesible y estableciendo unas condiciones crediticias personalizadas.⁷

Los programas convencionales de protección social deben de incluir a las personas con discapacidad, al tiempo que promueven su reincorporación al mundo laboral. Entre las posibles opciones de políticas figuran separar el componente de subsidio de apoyo del componente destinado a compensar los costos adicionales que deben asumir las personas con discapacidad (como el costo de desplazarse hasta el trabajo o el costo de equipo), utilizando prestaciones de duración limitada y asegurando que merezca la pena trabajar.^{5,25}

De acuerdo a la nueva Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo del 2011 (última reforma publicada el 17 de diciembre del 2015) se mencionan los artículos referentes: Título Segundo, Capítulo II Trabajo y Empleo, Artículo 11°, Apartados I-VIII. De acuerdo a esta ley La Secretaría de Trabajo y Previsión social deberá de elaborar e instrumentar el programa nacional de trabajo y empleo para las personas con discapacidad, que comprenda la capacitación, creación de agencias de integración laboral, acceso a bolsas de trabajo públicas o privadas, centros de trabajo protegido, talleres, asistencia técnica, formación vocacional o profesional, becas en cualquiera de sus modalidades, inserción laboral de las personas con discapacidad en la administración pública de los tres órdenes de gobierno, a través de convenios con los sectores público, social y privado.²⁶

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuenta con el servicio de rehabilitación laboral en cumplimiento con lo dispuesto por las normativas establecidas por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; sin embargo, no existe una base de datos que reporte las características de la población atendida en el servicio, ni el porcentaje alcanzado en la incorporación laboral; por lo que no existen antecedentes acerca de los pacientes con discapacidad atendidos por el servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa.

ANTECEDENTES

A pesar de que el empleo de las persona con discapacidad es uno de los puntos medulares en su inserción social es un tema poco estudiado en México y el resto del mundo. Al hacer la búsqueda en la base de PUBMED únicamente se observó la existencia de 1857 artículos indexados bajo el título reincorporación laboral y discapacidad (con palabras sinónimas en idioma Ingles; disability, laboral reinstatement, work reinstatement, work, working, employment, occupational, restore, restablish, rehire) para el 1° de junio 2015, sin embargo; y únicamente 110 de estos artículos consideran la relación a la discapacidad de origen musculo esquelético. Tan solo 22 artículos son referentes a la reincorporación laboral tras discapacidad motora pero estos se centran en la discapacidad secundaria a la amputación de miembros inferiores.

En México, existen diferentes centros que atienden a la población con discapacidad en relación a su rehabilitación laboral. El IMSS, institución que atiende al mayor número de pacientes con discapacidad a través de su Centro de Capacitación y Rehabilitación brinda el servicio de colocación y cursos-talleres de capacitación para 59,633 derechohabientes anualmente. Este servicio le da al IMSS un gran ahorro en cuanto a pensiones pagadas de forma anual al reincorporar pacientes a su vida laboral. Además como empresa forma parte del programa de sensibilización para la contratación de personas con discapacidad, al cual se han sumado 123 empresas a nivel nacional, con un promedio de 92 reacomodos laborales entre 2008 y 2010. Sin embargo menos del 50% de la población mexicana con discapacidad cuenta con un trabajo formal.²⁷

En 2014 López-Villegas DP y col. estudiaron las características 48 pacientes atendidos de febrero de 2011 a marzo de 2012 en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte del IMSS y su relación con su reincorporación laboral, y observaron que el 79% de los pacientes atendidos fueron varones y que el 29% de ellos oscilaba entre los 30 y 49 años de edad.

Más de la mitad de los usuarios de este servicio (54%) cuentan tan solo con la escolaridad básica. Además el 64% posee pensión de invalidez y el 52% es capaz de realizar trabajo ligero/medio. El 16% presentó comorbilidades y el 25% enfermedades degenerativas.²⁷

No existen reportes publicados sobre la caracterización de las personas con discapacidad atendidas por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incorporación de los pacientes con discapacidad es un problema no resuelto en la sociedad mexicana. Las instituciones que se encargan de los servicios de contratación de personas con discapacidad en México no reportan las características de sus poblaciones ni tasas de éxito de sus programas, lo que puede sugerir que sus programas no son evaluados periódicamente. Los altos índices de desempleo en este grupo de la población confirman el retraso existente para integrar a estos individuos en la sociedad y señalan la falta de impacto de las acciones realizadas previamente. La falta de una relación entre los conocimientos médicos y las características sociodemográficas de los pacientes crea un desfase en la reincorporación laboral.

La rehabilitación laboral es una fase fundamental del proceso de la rehabilitación integral y representa el fin de las acciones médicas en el manejo de un paciente considerando el modelo médico y social para entender que la reincorporación laboral de un paciente es reflejo del médico rehabilitador, sociedad y paciente.

El Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa es pionero en la atención de la rehabilitación integral de los pacientes con discapacidad pertenecientes a una de las sociedades más marginadas de la Ciudad de México desde el año de 1986. A diferencia de otras instituciones el DIF Iztapalapa atiende a población que no contaba con un empleo previo; lo que nos permite hablar no sólo de reincorporación laboral si no de una incorporación laboral de estos pacientes por primera vez. Actualmente no se conoce la relación existente entre los factores asociados a la obtención y conservación de empleo de los pacientes con discapacidad atendidos en el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa.

La falta de información sobre las características de la población atendida en DIF Iztapalapa disminuye la posibilidad de satisfacer sus necesidades laborales por parte del personal y aleja a los pacientes de poder cumplir un rol dentro de la sociedad así como de cumplir con una rehabilitación integral, fin último de esta especialidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la población con discapacidad atendida por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa?

HIPÓTESIS

Para resolver la pregunta de investigación planteada se escogió un estudio descriptivo en el cual se pretende recolectar información de expedientes clínicos. Dadas Las características del estudio planteado no existe una hipótesis que vaya a ser puesta a prueba por medio de fórmulas estadísticas. Se espera que la población con discapacidad atendida por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa presente características diferentes a las instituciones de seguridad social, ya que este servicio atiende a personas que no cuentan con un empleo previo, además que las actividades realizadas en instalaciones del DIF se centran en el desarrollo de capacidades para obtener y mantener un primer empleo para personas con discapacidad favoreciendo una exitosa integración a la sociedad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de las personas con discapacidad atendidas por el Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa en el período de enero 2015 a junio 2016 a partir de la revisión de expedientes clínicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Obtener las características:
 1. Condición Familiar
 2. Género
 3. Edad
 4. Ingreso Familiar
 5. Educación

6. Derechohabiencia
 7. Tipo de discapacidad
 8. Origen de la discapacidad
 9. Área de interés ocupacional
 10. Tiempo transcurrido para obtener empleo
 11. Área de ocupación
 12. Capacitación recibida
 13. Historial de obtención de empleo
 14. Historial de conservación del empleo
 15. Historial de motivo de recesión de contrato
- II. Describir el tipo de discapacidad y etiología que la originó de los pacientes que cuentan con expediente clínico activo.

JUSTIFICACIÓN

Para la justificación de este proyecto decidimos hacer uso del acrónimo **FINER. (Factibilidad, Interesante, Novedosa, Ética, Relevante).**

a) Factibilidad

- **Adecuado número de sujetos:** Esta investigación es factible por que los expedientes que se almacenan en el archivo del DIF Iztapalapa está limitado por el sistema de depuración de expedientes que pasan más de 5 años sin ser utilizados.
- **Adecuada experiencia técnica:** De acuerdo a su formación en Medicina de Rehabilitación los médicos residentes que dirigirán este estudio tienen la capacidad de extraer y categorizar la información contenida en los expedientes clínicos.
- **Asequibilidad en tiempo y dinero:** Esta investigación se llevará a cabo durante el último año de la especialización de dos médicos residentes adscritos al DIF Gaby Brimmer. Los recursos materiales necesarios tienen un bajo coste (papel, lapiceros y una computadora personal) y serán cubiertos por los médicos que participan en la investigación.

- **Objetivos plausibles:** El objetivo central de esta investigación puede ser alcanzado en un lapso de tiempo corto una vez terminada la recolección de la información. El análisis estadístico se realizara en los laboratorios de computación de la Facultad de Medicina en donde se permite el acceso al paquete estadístico STATA 12.

b) Interesante: La información que generara esta investigación no se conoce y será de gran utilidad para que el personal que labora en el servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa identifique a los pacientes con discapacidad que tienen mayor probabilidad de conseguir y mantener un trabajo.

c) Novedosa: La integración de personas con discapacidad es medular en su rehabilitación. El Servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa a diferencia de los existentes en los servicios de seguridad social atiende a personas que debido a su discapacidad llevan largos periodos sin un empleo. Es muy relevante e interesante el conocer que características les permite obtener y mantener una forma de emplearse.

d) Aspectos éticos: Esta investigación no tiene implicaciones éticas en su metodología.

- **Riesgos de la investigación.** De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, Título II, Capítulo I, artículo 17, esta investigación se considera sin riesgo para la población de estudio al estudiarse expedientes clínicos
- **Beneficios de la investigación:** La población estudiada no recibirá ningún beneficio directo de los resultados del presente trabajo. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos sirvan de base para establecer mejoras en la atención de las personas con discapacidad en el DIF Iztapalapa.
- **Confidencialidad de la investigación:** Únicamente se solicitarán los datos sin nombres o números de afiliación que pudiera identificar a las personas, por lo que la investigación cumple con los lineamientos sobre protección de los datos personales de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Capítulo IV y así como los lineamientos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- **Consentimiento informado:** De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I artículo 14, toda

Investigación que se realice en seres humanos deberá contar con consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. La investigación propuesta tiene como objeto de estudio bases de documentos generados de forma cotidiana por el DIF Iztapalapa bajo la normatividad de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD y no requiere de consentimiento informado por escrito del objeto de investigación.

- **Conflictos de intereses.** Ninguno, dado que esta investigación servirá para que el médico residente Elizabeth Hernández Valencia y el médico residente Eva Annel Cisneros Ballesteros realicen una tesis para obtener el título de médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación por la Universidad Nacional Autónoma de México y el DIF.

e) Relevante: Se conoce que existen diferentes determinantes sociales que influyen en la capacidad de obtener y mantener un empleo por parte de las personas con discapacidad. Es muy interesante el conocer cuál es el peso de estos factores en la población atendida por el servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa. La aplicación del conocimiento obtenido en la forma en que se ofertan las oportunidades laborales ayudarán a mejorar las tasas de éxito de dicho servicio

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio Descriptivo, transversal y retrospectivo.

Fuente de los datos: Revisión de expedientes del archivo clínico del Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa.

Población de estudio:

Se estudiará a la población de personas con discapacidad que se atienden en el servicio de rehabilitación laboral del DIF Iztapalapa atendidas en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula para conocer prevalencias en poblaciones no finitas, considerando un intervalo de confianza del 95%, un poder del 90% y una variabilidad máxima en la prevalencia (50%) por no encontrar información reportada para la población de estudio, que dio como resultado 97 expedientes.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p(q)}{E^2}$$

En donde:

$Z_{\alpha/2}$ = valor de la distribución normal que corresponde al intervalo de confianza deseado.

p= a la proporción esperada en la población

q= complemento de p

E= la precisión deseada

Sustituyendo tenemos que:

$$n = \frac{(1.96)^2 0.5(1 - 0.5)}{0.10^2} = 96.04 = 97 \text{ expedientes}$$

En donde:

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ para un intervalo de confianza del 95%

p y q= 0.50, por máxima variación posible

E= un poder del 90% (precisión del 10%)

Se revisarán todos los archivos disponibles en el archivo clínico del Servicio de Rehabilitación Laboral del DIF Iztapalapa, se tomarán de forma aleatoria y aquellos que cuenten con toda la información requerida para esta investigación serán incluidos hasta completar el tamaño de la muestra necesario.

Criterios de Inclusión:

- a) Expedientes de pacientes cuya edad sea entre 18 y 55 años.
- b) Independiente en las actividades de la vida diaria.
- c) Pacientes derivados de la prevaloración médica.

Criterios de Exclusión:

- a) Expedientes de pacientes que no hayan sido evaluados por el servicio de psicología en rehabilitación laboral.
- b) Expedientes de pacientes que no cubran con la información necesaria en el expediente del servicio de Rehabilitación Laboral.

Variables a estudiar:

1. Condición familiar

Descripción: Lugar que ocupa frente a un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

Operacionalización: Información registrada por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico del expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: Variable cualitativa categórica

Medición: abuelo/abuela, padre/madre, tío/ tía, hijo/hija, primo/prima, yerno/nuera, suegro/suegra.

2. Género

Descripción: Condición orgánica que delimita caracteres sexuales masculinos o femeninos de las personas.

Operacionalización: Género registrado por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico, así como en la historia clínica del expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: Variable cualitativa nominal

Medición: hombre, mujer

3. Edad

Descripción: Tiempo transcurrido entre el nacimiento y una fecha del calendario.

Operacionalización: Edad registrada en años por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico, así como en la historia clínica del expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cuantitativa discreta

Medición: años. (18, 19, 20,..., 98, 99)

4. Ingreso familiar

Descripción: Total de ingresos económicos con los que cuenta una familia, incluyendo el sueldo e ingresos que puede considerarse extras durante un mes promedio.

Operacionalización: Ingreso mensual de la familia registrado por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico del expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cuantitativa continua

Medición: \$ pesos mexicanos.

5. Educación

Descripción: Nivel de educación formal con que cuenta una persona.

Operacionalización: Mayor grado escolar registrado por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico, así como en la historia clínica del expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cualitativa ordinal

Medición: analfabeta, sabe leer pero no escribir, sabe leer y escribir, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato completo, bachillerato incompleto, carrera técnica incompleta, carrera técnica completa, licenciatura incompleta, licenciatura completa, postgrado incompleto, postgrado completo

6. Derechohabiencia

Descripción: Institución de salud que de acuerdo a la ley general de trabajo da cobertura a las necesidades de salud de la persona.

Operacionalización: Derechohabiencia registrada por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico, así como en la historia clínica del expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: CON DERECHOHABIENCIA, SIN DERECHOHABIENCIA.

7. Tipo de discapacidad

Descripción: Déficit corporal, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Operacionalización: Último diagnóstico clínico registrado por el médico rehabilitador en el expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: Categorías utilizadas en la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF).

8. Origen de la discapacidad

Descripción: Principio, motivo o causa de la discapacidad.

Operacionalización: Información por el médico rehabilitador en el expediente clínico del paciente.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: congénita, traumática, enfermedad crónica-degenerativa, multifactorial

9. Área de interés ocupacional

Descripción: Inclínación del ánimo hacia un área en que el paciente desea laborar.

Operacionalización: Respuesta registrada por la trabajadora social en el estudio sociodemográfico, así como en estudio realizado por el departamento de Consejería en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: artística, científica, industria, mecánica (oficios), oficina, protección, servicios, ventas.

10. Tiempo transcurrido para obtener empleo

Descripción: Tiempo transcurrido desde que el paciente llega al servicio de rehabilitación laboral por primera vez hasta que es empleado.

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cuantitativa discreta.

Medición: años, meses, días

11. Área de ocupación

Descripción: Área a la que pertenece el empleo que el paciente logra obtener.

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: artística, científica, industria, mecánica (oficios), oficina, protección, servicios, ventas.

12. Capacitación recibida

Descripción: Adiestramiento recibido por el paciente por parte del servicio de rehabilitación laboral.

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: tipo de taller por área, autoempleo y empleo en empresas protegidas.

13. Historial de obtención

Descripción: Número de empleos previos obtenidos gracias al servicio de rehabilitación laboral

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cuantitativa discreta

Medición: 1, 2, 3,...,9, 10.

14. Historial de conservación del empleo

Descripción: Tiempo que el paciente ha logrado conservar los empleos obtenidos gracias al servicio de rehabilitación laboral.

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: días, semanas, meses, años

15. Historial de motivo recesión de contrato

Descripción: Reseña circunstanciada de los antecedentes que llevaron al paciente a perder el empleo previo.

Operacionalización: Información registrada por las Licenciadas en el departamento de Rehabilitación Laboral en el expediente interno del servicio.

Tipo de Variable: Variable cualitativa nominal

Medición: **lista de motivos.**

Análisis estadístico:

Se estimaran medidas de estadística descriptiva de acuerdo a las características de las variables.

Recursos Humanos:

- Médicos residentes en Medicina de Rehabilitación

Recursos materiales:

- Expedientes del Archivo Clínico
- Expedientes del Archivo Interno del área de Rehabilitación laboral
- Hojas de recolección de datos
- Lápices, gomas, y plumas
- Computadora con paquetería Excel

Recursos financieros:

- Los propios del centro y del Médico Residente

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de Investigación será evaluado por el Comité de Investigación del DIF

- De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, Título II, Capítulo I, artículo 17, esta investigación se considera sin riesgo para la población de estudio al estudiarse expedientes clínicos
- De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I artículo 14, toda Investigación que se realice en seres humanos deberá contar con consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. La investigación propuesta tiene como objeto de estudio bases de documentos generados de forma cotidiana por el DIF Iztapalapa bajo la normatividad de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD y no requiere de consentimiento informado por escrito del objeto de investigación.
- Esta investigación se llevara a cabo bajo las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) en su 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 como propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Con base en el párrafo no. 24 relacionado al uso, privacidad y confidencialidad de la información, esta investigación resguardara la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Riesgos y beneficios directos de la investigación: Ninguno

Consentimiento informado: No requerido

Conflictos de intereses: Ninguno por parte de las médicas residentes que participarán en la elaboración de ésta tesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Trimestres			
	1er	2do	3er	4to
1 Revisión de literatura	XXX			
2 Elaboración del protocolo de investigación	XXX			
3 Solicitud de revisión y permisos por parte autoridades del DIF		XXX		
4 Revisión de expedientes y recolección de datos		XXX		
5 Análisis estadístico				
6 interpretación de la información				
7 Discusión de conclusiones preliminares con expertos				
8 Redacción final de la Tesis				

REFERENCIAS

1. Amate EA. *Discapacidad: Lo Que Todos Debemos Saber*. Pan American Health Org; 2006.
2. LI I, VA F. Turning the disability tide: The importance of definitions. *JAMA*. 2008;299(3):332-334. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.3.332>.
3. Egido EB, Salcedo AMS. Enfoque de la discapacidad en los organismos internacionales. *Rev del Minist Trab e Inmigr*. 2006;(65):37-48.
4. Murray B. Oportunidades de empleo y de formación para las personas con discapacidad: papel de la OIT. 2009.
5. OMS BM. Informe mundial sobre la discapacidad. OMS< http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html>[Consultado en línea junio 2015].
6. Crespo M, Campo M, Verdugo MA. Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): un largo camino recorrido. *Siglo Cero*. 2003;34(205):20-26.
7. Organization WH. RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. 2004.
8. Organization WH. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad: publicada de acuerdo con la resolución WHA29. 35 de la Vigésimonovena Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1976. 1994.
9. Jiménez Buñuales M, González Diego P, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(4):271-279.
10. Salud OM de la. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». 2001.
11. Parra-Dussan C. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *Int Law*. 2010;(16):347-380.
12. Palacios A. *El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, Caracterización Y Plasmación En La Convención Internacional Sobre Los Derechos de Las Personas Con Discapacidad*. CERMI; 2008.
13. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. World Health Organization; 2008.
14. Estadística y Geografía. (Sitio web) México. INEGI. Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. Consultado en línea julio 2015.
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Sitio web) México. INEGI. Estadísticas demográficas 2010. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. Consultado en línea junio 2015.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Sitio web) México. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 . Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. Consultado en línea julio 2015.
17. Programa Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad

- 2014-2018. Disponible en [http:// pnd.gob.mx](http://pnd.gob.mx). Consultado en línea julio 2015.
18. Programa Nacional de Trabajo y Empleo para Personas con Discapacidad 2014-2018. Disponible en <http://www.conadis.gob.mx/> Consultado julio 2015.
 19. Vite Pérez MÁ. La discapacidad en México desde la vulnerabilidad social. *Polis*. 2012;8(2):153-173.
 20. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados sobre personas con discapacidad, Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf>. Consultado julio 2015.
 21. Fertman CI, Allensworth DD. *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons; 2010.
 22. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Medición de la Pobreza en México 2012. Disponible en http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/Pobreza_2012. Consultado en línea julio 2015.
 23. Rodríguez Y, Galíndez L. La Discapacidad laboral como problema social. *Salud los Trab*. 2004;12(2):61-64.
 24. Hanson K, Neuman T, Voris M. *Understanding the Health-Care Needs and Experiences of People with Disabilities: Findings from a 2003 Survey*. Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003.
 25. OMS OPS. Guía para el Comité de Rehabilitación Basada en la Comunidad. *Man RBC*. 2002.
 26. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación, (2011). Actualizado el 17 de diciembre del 2015.
 27. Villegas DPL, Amaro HH, Chávez EP. Reincorporación laboral de las personas con discapacidad. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2014;26(1):12-17.