



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES  
DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE  
LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS  
DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES  
LA LIBERTAD  
2012 – 2013**

Previo a la obtención del Título de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

**IDROVO LAZO TAMARA ANDREA  
SORIANO ARANA ILIANA BUENDÍA**

**TUTOR: LIC. CARMEN BAILÓN MUÑÍZ. MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2013**

**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES  
DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE  
LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS  
DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES  
LA LIBERTAD  
2012 – 2013**

★ Previo a la obtención del Título de:

**LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

**IDROVO LAZO TAMARA ANDREA  
SORIANO ARANA ILIANA BUENDÍA**

**TUTOR: LIC. CARMEN BAILÓN MUÑÍZ. MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2013**

La Libertad, Junio del 2013

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación: **“IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2012 - 2013”**, elaborado por las señoritas. **Tamara Andrea Idrovo Lazo e Iliana Buendía Soriano Arana** egresadas de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciados en Enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la Apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....  
**Lcda. Carmen Bailón Muñiz. MSc.**

**TUTOR**

## **CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA**

En mi calidad de Licenciada de la especialidad de Lengua y Literatura, luego de haber revisado y corregido la tesis **“IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION DE PERSONAS DISCAPACITADAS DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2012 - 2013”** previa la obtención del Título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**, de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, **IDROVO LAZO TAMARA** y **SORIANO ARANA ILIANA**, certifico que está habilitada con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad, mayo del 2013

**Lcda. Ana del Pilar Quinde Mateo, Mg.**  
**LICENCIADA EN LITERATURA Y PEDAGOGÍA**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirnos el haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional, dándonos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se nos presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestros padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional en los momentos más difíciles, dándonos todo lo que somos como personas, los valores, los principios, nuestro carácter, nuestro empeño, nuestra perseverancia, el coraje para conseguir nuestros objetivos.

Iliana y  
Tamara

## AGRADECIMIENTO

Con el presente trabajo de tesis en primer lugar nos gustaría agradecerle a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad nuestro sueño anhelado.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por los valores que nos han inculcado, y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestra Carrera, sobre todo por ser ejemplos de vida a seguir.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra tutora de tesis, Lcda. Carmen Bailón por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en nosotras que podamos terminar nuestro proyecto con éxitos.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores que durante toda la formación profesional han aportado con un granito de arena a nuestra formación, por sus consejos, sus enseñanzas.

Iliana y

Tamara

## **TRIBUNAL DE GRADO**

---

Lcdo. Guillermo Santa María S. MSc.  
**DECANO DE LA FACULTAD  
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

---

Dr. Juan Monserrate Cervantes MSc.  
**DIRECTOR DE ESCUELA  
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

Lic. Fátima Moran Sánchez. Msc.  
**PROFESOR DEL ÁREA**

---

Lic. Carmen Bailón, MSc.  
**TUTOR**

---

Abg. Milton Zambrano Coronado. MSc.  
**SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES  
DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA  
ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS DE  
LA FUNDACIÓN MELVIN JONES  
LA LIBERTAD 2012 – 2013.**

**Autoras:** Tamara Idrovo Lazo  
Iliana Soriano Arana

**Tutor:** Lic. Carmen Bailón MSc.

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar la necesidad de intervenciones de enfermería en el fortalecimiento de la atención de personas con discapacidad. La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás. En esta investigación se aplica la metodología descriptiva, enfoque cuantitativo y transversal que nos va a permitir determinar mediante el conocimiento de los profesionales de la salud, maestras y auxiliares de enfermería por medio de encuestas y observación directa, acerca de las principales acciones de salud que se les debe ejecutar a las personas con discapacidad, correlacionándolo con la Teoría de Virginia Henderson, que nos da una visión clara de los cuidados de enfermería que se le deben brindar a las personas de forma holística identificando sus necesidades y la Teoría de Callista Roy que se refiere a la adaptación del individuo en los diferentes procesos o cambios de su vida. Los resultados obtenidos de esta investigación indican que los profesionales conocen que es una discapacidad del cien por ciento, el 45 % es una limitación, en cuanto a problemas de salud como se manifiestan las úlceras por presión el 40% no sabe, cada qué tiempo se realizan los cambios de posiciones el 35% cada día, que hacer frente una crisis convulsiva 40% no sabe, con lo que se pretende lograr un cambio en la atención que se les brinda a los discapacitados de esta Institución, priorizando y fortaleciendo la calidad, atención y de esta manera mejorar su calidad de vida, razón por la cual hemos realizado una guía de cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención de las personas con Discapacidad que va a beneficiar tanto a la unidad de rehabilitación como a los profesionales en la actualización de sus conocimientos.

**PALABRAS CLAVES:** Discapacidad, actividades, atención.

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICATION OF THE NEED FOR INTERVENTIONS OF  
NURSING IN STRENGTHENING THE ATTENTION OF  
DISABLED PERSONS OF THE MELVIN JONES'S  
FOUNDATION 2012 - 2013**

**Authors:** Tamara Idrovo Lazo

Iliana Soriano Arana

**Tutor:** Lic. Carmen Bailón MSc.

**ABSTRACT**

The present research aims to identify the need for nursing interventions in strengthening the care of people with disabilities. Disability is one condition under which certain people have physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. In this research methodology is applied descriptive and cross-sectional quantitative approach that will allow us to determine through the knowledge of health professionals, teachers and nursing assistants through surveys and direct observation, about major health actions they should execute people with disabilities, correlating with the Theory of Virginia Henderson, giving us a clear view of nursing care that he must provide for people holistically identifying their needs and Callista Roy theory that refers to the individual's adaptation to the different processes or changes in your life. The results of this research indicate that professionals know it's a hundred percent disability, 45% is a limitation in terms of health problems manifest themselves as pressure ulcers, 40% do not know, and how often it is positions made changes to 35% every day, faced a seizure 40% do not know, which is to make a difference in the care they provide to the disabled of this Institution, prioritizing and strengthening the quality, care and thereby improve their quality of life, which is why we have made a specific care guide for strengthening nursing care for people with disabilities that will benefit both the rehabilitation unit and professionals in updating their knowledge.

**KEY WORDS:** Disability, activities, attention.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b>	<b>ii</b>
<b>CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iv</b>
<b>TRIBUNAL DE GRADO</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>ix</b>
<b><u>INTRODUCCION</u></b>	
Planteamiento del problema	2
<u>Justificación</u>	<u>6</u>
Objetivos	8
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<u>9</u>
1.1. Antecedentes investigativos	<u>9</u>
1.2. Fundamentación Científica	9
1.2.1. Morfofisiología del sistema nervioso	12
1.3. La discapacidad	13
1.3.1.- Tipos de discapacidad	14
1.3.2.- Acciones de Salud	18
1.3.3. Principales problemas de salud del discapacitado	19
1.3.4. Calidad de vida relacionada con la salud	24
1.3.5. Rol de la enfermera	25
1.3.6. Fundamentación teórica de enfermería	27
1.3.7. Proceso de atención de enfermería	30
1.3.8. Conadis	32

<b>1.4.MARCO LEGAL</b>	34
1.4.1. Constitución de la República del Ecuador	34
1.4.2. Ley Orgánica de Discapacidades	34
1.4.3. Plan Nacional del Buen Vivir	36
<b>1.5.- MARCO CONCEPTUAL</b>	37
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	40
2.1.- Diseño de la investigación	40
2.2.- Población y muestra	40
2.3.- Variables a investigar	41
2.4.- Operacionalización de variables	42
2.5.- Técnicas e instrumentos de recolección de información	46
2.7. Consideraciones éticas	46
<b>CAPÍTULO III</b>	
3.1. Análisis e interpretación de datos	48
<b>CONCLUSIONES</b>	55
<b>RECOMENDACIONES</b>	<u>57</u>
<b>BIBLIOGRAFIA:</b>	<u>58</u>
<b>BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA</b>	<u>61</u>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<u>62</u>
<b>GLOSARIO</b>	99

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 1.- Permisos para obtener datos	62
ANEXO 2.- Consentimiento informado	63
ANEXO 3.- Factibilidad y pertinencia	64
ANEXO 4.- Pertenencia, utilidad y conveniencia	65
ANEXO 5.- Instrumento de obtención de datos	66
ANEXO 6.- Cronograma	70
ANEXO 7.- Presupuesto	71
ANEXO 8.- Cuadros y gráficos estadísticos	72
Distribución porcentual edad	73
Distribución porcentual de ocupación	74
Distribución porcentual de qué es una discapacidad	75
Distribución porcentual de las principales acciones que se deben realizar a los discapacitados antes de iniciar la terapia	76
Distribución porcentual que produce la interacción de medicamentos	77
Distribución porcentual como se producen las úlceras por decúbito	78
Distribución porcentual problema de deglución de alimentos/ medicamentos	79
Distribución porcentual cuáles son las principales manifestaciones de fiebre	80
Distribución porcentual manifestaciones clínicas de las crisis convulsivas.	81
Distribución porcentual de conocimiento cada qué tiempo se realizan los cambios posturales	82

Distribución porcentual la combinación de medicamentos causa efectos secundarios y complica el estado de salud	83
Distribución porcentual los valores normales de la temperatura caporal	84
Distribución porcentual de qué se debe hacer ante una crisis convulsiva	85
Distribución porcentual posiciones adecuadas para administrar medicación o alimentación para evitar bronco-aspiración .	86
Distribución porcentual cada qué tiempo realizan las terapias	87
Distribución porcentual profesional realiza el seguimiento de terapias	88
Distribución porcentual de las discapacidades que se atienden	89
Distribución porcentual de planificación las intervenciones de enfermería	90
Distribución porcentual de coordinación con otras instituciones	91
Distribución porcentual de la ineficacia de la rehabilitación	92
Distribución porcentual de frecuencia que se realizan seminarios-talleres en su institución	93
ANEXO 9.- Evidencias fotográficas	95

## **PROPUESTA**

	<b>Pág.</b>
Portada	102
Antecedentes	103
Marco institucional	104
Matriz FODA	105
Objetivo general	106
Objetivos específicos	106
Beneficiarios	106
Actividades	107
Presupuesto	107
Cronograma	108
Evaluación	108
Bibliografía	109

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad o incapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás. Esta investigación tiene como prioridad identificar la necesidad de intervenciones de enfermería para el fortalecimiento de la atención de personas con discapacidad.

Actualmente se ha implementado en el Ecuador la Misión Manuela Espejo por el cual se realizan estudios bio-psico-social para identificar el grado de discapacidad de las personas, con el objetivo de brindarles una atención óptima y un tratamiento oportuno para el mantenimiento de su salud. En esta investigación se aplica la metodología descriptiva, enfoque cuantitativo y transversal que nos va a permitir determinar la necesidad de intervenciones de enfermería de los profesionales de la salud y dar un diagnóstico de la calidad de atención que brindan a sus pacientes, mediante encuestas y la observación directa de su nivel de recuperación.

Los resultados de esta investigación indican que los profesionales de la salud que atienden a las personas con discapacidad, tienen un bajo nivel de conocimiento en el tipo de atención que se les debe brindar a las personas con discapacidad, en cuanto al conocimiento de que es una discapacidad del cien por ciento el 45 % es una limitación, de los problemas de salud como se manifiestan las úlceras por presión el 40% no sabe, cada qué tiempo se realizan los cambios de posiciones el 35% cada día, que hacer frente una crisis convulsiva el 40% no sabe, por esta razón nos vemos en la necesidad de implementar una Guía de cuidados específicos de enfermería, lo cual va a incidir en el fortalecimiento de la atención a los discapacitados proporcionándoles una salud integral y mejorando su calidad de vida, para poder ser reintegrados a la sociedad para ejercer y exigir sus deberes y sus derechos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.». La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás. Las personas con discapacidades ocupan un lugar relegado dentro de la sociedad, a la vez, que son receptoras de discriminación. Asimismo, su desarrollo social está fuertemente limitado por la imposición social.

Según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, alrededor de 1.000 millones de personas –un 15% de la población- sufren algún tipo de discapacidad en el mundo. Este porcentaje, aseguran las entidades, probablemente seguirá creciendo en los próximos años debido al envejecimiento de los ciudadanos. Uno de cada cinco discapacitados -lo que supone una cifra de entre 110 y 190 millones de personas- continúan el informe, debe enfrentarse a grandes dificultades en su día a día.

Según Fundación ONCE para la Solidaridad con Personas Ciegas de América Latina (FOAL), y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). El estudio también destaca que en Latinoamérica probablemente más de un cuarto de la población total se encuentra afectada directa o indirectamente por situaciones de discapacidad, lo que significa que al menos 50 millones de personas, de las cuales, cerca del 82% vive bajo el umbral de la pobreza, que afecta no sólo a la persona sino a la familia.

En México, al año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil, lo que representa 5.1% de la población total de las personas que presentan alguna discapacidad, 49% son hombres y 51% mujeres. En la

Argentina, de acuerdo con la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Discapacitados (ENDI) 2008, la discapacidad afecta al 7,1% de los habitantes y el 40% de las personas con discapacidades son mayores de 65 años, lo que denota una relación estrecha entre discapacidad y edades avanzadas.

En Colombia a partir de la precisión sobre el número de personas con por lo menos una limitación, el Censo 2010 estableció para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4%. Esta situación contiene importantes diferencias regionales, es decir, mientras en el promedio nacional por cada 100 colombianos 6,4 presentan limitaciones permanentes, en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima, este promedio es más alto. En efecto, por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,8 y 9,5 tienen limitaciones permanentes.

Según los resultados de la ENCO 2010, Lima Metropolitana es la ciudad que con un 10,9% presenta el mayor índice de personas con discapacidad, lejos incluso del promedio nacional, el cual se situó en 8,7%, y muy por encima de los conglomerados provincia rural (8,0%) y provincia urbana (7,6%). El 45% de niños con discapacidad de todo el país se concentra en Tumbes.

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, según informó en el mes de Julio del 2012 la Vicepresidencia de la República tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para la cual personal médico llegó hasta los lugares más recónditos. Asimismo, se evidenció que las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%).

En la Provincia de Santa Elena según datos obtenidos del Concejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), esta comunidad tiene un total de 7727 personas con discapacidades, detalladas de tipo auditiva 919, física 4002, intelectual 1817, lenguaje 73, psicológico 157 y visual 759, constituyéndose un problema de salud alarmante en nuestra localidad, ya que las desigualdades sociales y económicas

refuerzan las restricciones que generan las discapacidades; según la Organización Panamericana de la Salud (Amate, 2006), la pobreza es una de las principales causas del aumento de la discapacidad.

Como señal de ayuda y respuesta a esta problemática se creó la Fundación Melvin Jones como forma de mejorar la calidad de vida, brindando cuidado integral a los niños y adolescentes con capacidades especiales de nuestra provincia. Esto a su vez con ayuda de la Vicepresidencia de la República del Ecuador cuya finalidad es la de crear conciencia en los cuidados de la manera más óptima e integral con capacitaciones mensuales sobre los cuidados, alimentación, vestimenta, aseo general y controles médicos-dentales, coordinador con el Ministerio de Salud Pública lleva a su cargo parte de este proceso en el cumplimiento de controles de salud general, odontológica, y brigadas de salud, etc.

El área física donde se encuentra el problema a estudiar corresponde a la Fundación “Melvin Jones”, situado en el barrio 28 de Mayo junto a la Escuela Gladys Peet de Arosemena del cantón La Libertad, Provincia de Santa Elena, tiene una infraestructura de 4 aulas especiales, un bar, una dirección, dos baños, pabellones de terapias, cuenta con una población de alumnos entre varones y mujeres. Organizada y dirigida por un director, una secretaria general, maestras de educación básica, especialistas en terapia física, de terapia de lenguaje, psicóloga, auxiliares quienes laboran en la sección vespertina, realizando terapias físicas, terapias de lenguaje, estimulación temprana, etc.

El motivo por el cual se evalúa a los maestros de sección básica, terapeutas físicos y terapeutas de lenguaje, y auxiliares es para identificar las actividades de salud especializadas que deben ser impartidos a las personas con discapacidad que asisten a esta fundación. Con los resultados obtenidos y comprobando la necesidad de las mismas se les otorgará a los objetos de estudio antes mencionados una guía de cuidado para las personas con capacidades especiales,

para que de esta manera se les dé una atención de calidad de manera eficiente, con actividades encasilladas a la recuperación o mantenimiento de su salud.

De acuerdo al conocimiento científico de enfermería y la problemática de la investigación surge porque los padres o cuidadores muchas veces demuestran poco conocimiento sobre la forma de cómo cuidar a una persona especial ya que ellos necesitan una atención integral, muchas veces la falta de responsabilidad frente a sus obligaciones influye mucho en el bienestar de estos individuos, debemos tomar en cuenta que son individuos que necesitan la misma atención de todas las personas, una discapacidad no es una enfermedad, es una deficiencia física o intelectual que con cuidados integrales y óptimos podrán mejorar sus estilos y calidad de vida, permitiéndoles de esta manera desenvolverse de manera independiente frente a las etapas de la vida.

## **ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

En base al contexto anteriormente analizado, se enuncia el siguiente problema:

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se deben brindar para el fortalecimiento de atención de las personas discapacitadas de la Fundación Melvin Jones?

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto de investigación se justifica como un aporte de información de valor teórico sobre el impacto que genera la necesidad de conocer cómo realizar y cuáles son los cuidados óptimos que se debe brindar las personas con capacidades especiales ya que ellos son una comunidad que tienen los mismos derechos que cualquier ser humano. Al hablar de los discapacitados, se trata de un grupo de personas que son discriminados, ya que se considera un grupo incapaz, se cree que son enfermos que no pueden cumplir con las tareas básicas, lo que disminuye su autoestima, afecta a las defensas del organismo y deteriora la salud.

Lo que motivó a realizar esta investigación fue identificar la escasez de conocimientos de los profesionales y personal auxiliar de los cuidados que se les brinda a las personas discapacitadas, ya que comúnmente se los ve como “estorbo para la comunidad”, por lo que el abandono es un problema creciente en la sociedad actual. Razón por la cual se debe evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de los cuidados personales, psicológicos y espirituales que influyen en la salud de las personas discapacitadas atendidas en la Fundación “Melvin Jones” de La Libertad, y así poder contribuir a una mejor calidad de vida para estas personas.

Las personas beneficiarias de esta investigación fueron las personas discapacitadas de la Fundación Melvin Jones, ya que contribuimos de manera directa a que los cuidadores, les den el tipo de atención que se les debe brindar a estas personas con capacidades especiales, promoviendo el mantenimiento de su salud y mejorando la calidad de vida de cada uno de ellos. Los beneficiarios indirectos en nuestra investigación son los profesionales de la salud y maestras, auxiliares de enfermería, ya que gracias a ello se van a encaminar en la ejecución de cuidados óptimos a los discapacitados, para de esta manera mantener la integridad física y la salud de estas personas, proporcionando una atención de

calidad, que les va a permitir satisfacer las necesidades de atención de cada una de las personas con capacidades especiales que asisten a esta Institución.

Por medio de esta investigación se logra un sinnúmero de cambios mejorando el tipo de cuidado que se le proporciona al discapacitado, mejorando las relaciones intrafamiliares, ya que de esta manera en conjunto podrán brindarle los cuidados adecuados para que este tenga una calidad de vida óptima y no susciten diversas complicaciones durante las diferentes etapas de su vida, como resultado de ello poder reinsertarlos a la sociedad como personas capaces de desenvolverse en el medio como personas normales, respetando y promoviendo sus derechos en cuanto a la educación, trabajo, trato digno y a todos los beneficios que como seres humanos se merecen.

Con los resultados obtenidos en esta investigación, se está identificando los problemas prioritarios en cuanto a la salud y la atención que se les debe brindar a las personas con capacidades especiales, para con ello dar soluciones inmediatas que contribuyan al mantenimiento de su salud, se elabora una propuesta que beneficiará a los discapacitados, mejorando su nivel de atención, brindando beneficios óptimos en el mantenimiento de la salud física y mental, al mismo tiempo, podemos dejar como base un precedente, para ello surgirá la necesidad de realizar nuevas investigaciones a futuro.

Como futuras profesionales de enfermería y promoviendo la vinculación con la comunidad, están prestos a aportar para el mejoramiento óptimo de la calidad de vida de las personas con discapacidades aplicando el proceso de atención de enfermería de manera lógica y sistemática, ya que como parte fundamental del Equipo de Salud, en busca de cambio del concepto “discapacitado”, comprometidas en brindar conocimientos a los maestros y profesionales de la salud en cuidados especializados, libres de riesgos, para mejorar la calidad de vida del discapacitado.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar las intervenciones de enfermería en el fortalecimiento de atenciones de cuidados a personas discapacitadas en la Fundación Melvin Jones del Cantón La Libertad en el año 2012 - 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de la salud, sobre la discapacidad.

Identificar los problemas de salud más frecuentes en las personas discapacitadas.

Determinar las actividades de salud que se realizan para el fortalecimiento de la atención a personas discapacitadas.

Elaborar una guía sobre los cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención de las personas con discapacidades.

### **HIPÓTESIS**

Si se identifican las intervenciones de enfermería entonces se logra fortalecer la atención del cuidado de personas con Discapacidad.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales, por ser de baja cobertura y deficiente calidad, asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace unas dos décadas.

En efecto, la atención de las personas con discapacidad se inicia hace aproximadamente medio siglo, por iniciativa de padres de familia y organizaciones privadas, bajo los criterios de caridad y beneficencia; a través de las incipientes organizaciones de personas ciegas y sordas, quienes lograron progresivamente organizarse y atender a sus asociados.

La discapacidad no es un fenómeno puramente biológico ni un concepto social sino el resultado de interacciones entre las enfermedades y factores ambientales y personales (OMS, 2001). Puede ocurrir en tres niveles: deficiencia funcional o estructural del cuerpo humano; limitación de la actividad, como la incapacidad de leer o desplazarse; restricciones a la participación en la sociedad, como la exclusión de la escuela o el trabajo.

En tal virtud, las personas con discapacidad son las que tradicionalmente se han considerado discapacitadas (por ejemplo, las que usan silla de ruedas, las que padecen ceguera o sordera o quienes presentan discapacidad intelectual) y las que se enfrentan con dificultades para funcionar debido a una amplia variedad de problemas de salud tales como enfermedades crónicas, trastornos mentales graves, esclerosis múltiple o edad avanzada.

Se calcula que en el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad; entre 110 millones y 190 millones de ellas afrontan dificultades de consideración.

La suma total corresponde a un 15% de la población mundial y es mayor que las estimaciones anteriores de la OMS en los años setenta, que indicaban una proporción de un 10%. Por si fuera poco, la prevalencia de la discapacidad está aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento mundial de las enfermedades crónicas.

En una revisión realizada en el Directorio de Programas del Instituto Nacional sobre Discapacidad e Investigación en Rehabilitación (National Institute on Disability and Rehabilitation Research – NIDRR -), por Robert Ammerman - Siglo Cero, 1997, se evidencia que la investigación en discapacidad es multidisciplinar, implica a profesionales de campos como la educación especial, psicología, trabajo social, medicina, rehabilitación profesional, e ingeniería. Sin embargo, también son evidentes algunas lagunas. La riqueza y variedad de investigaciones realizadas refleja también la ausencia de una estrategia coherente en el campo.

Existen escasas investigaciones sobre etiología y evaluación, y una excesiva presencia, de estudios sobre evaluación de intervenciones y tratamientos. Con escasas excepciones, casi no existen estudios longitudinales sobre resultados. En otras palabras, la investigación se está ampliando, pero sin una dirección clara. El presente antecedente de investigación fue de gran valor para el estudio ya que proporcionó en gran medida las bases teóricas de referencia para la interpretación de las tendencias Epistemológicas y Metodológicas en las Instituciones de Educación Superior del Suroccidente Colombiano en las ciudades de Cali, Popayán y Pasto 2000 – 2009.

Según Marta Badia, en su estudio Tendencias actuales de investigación e intervención en la parálisis cerebral. Perspectivas futuras. Universidad de Salamanca. 1993. En el cual se intentó analizar las tendencias de la investigación e intervención en el ámbito de la discapacidad motriz con afectación cerebral, y más concretamente la Parálisis Cerebral (PC), se encontró que las investigaciones e intervenciones en los aspectos motores y más físicos de la parálisis cerebral, reflejan la importancia que el modelo médico ejerce en este tipo de discapacidad. Asimismo, se propone la necesidad de impulsar y potenciar la investigación desde los marcos psicológicos y educativos con el fin de avalar la eficacia de la práctica profesional.

Hegarty y Pocklington (1981) retomados por Dueñas, clasificaron sus estudios en cinco grupos: estudios básicos, descriptivos, comparativos, cualitativos y de acción. Dichos autores aportan una interesante mirada a los estudios descriptivos y comparativos. Su reflexión se basó en la eficacia de la integración. Es importante destacar sus reflexiones sobre el papel que desempeña la investigación en el proceso de implementación de la integración, cuestión tratada también por Gave y Madison (1978).

Según Hegarty (2005), la investigación realizada en torno a este criterio ha permitido identificar un conjunto de prácticas que favorecen a la atención eficaz basada en las necesidades de los discapacitados, utilizar materiales que lo apoyen; tener en cuenta el tiempo adicional que requieren, y la cooperación entre profesionales.

## **1.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

### **1.2.1. MORFOFISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO**

El sistema nervioso humano, es sin ninguna duda, el dispositivo más complejo ideado por la naturaleza. No solo controla todos los procesos que ocurren en nuestro cuerpo recibiendo información de las diferentes partes del mismo y enviando instrucciones para que la maquinaria funcione correctamente, sino que también nos permite interactuar con el medio ambiente, recibiendo, procesando y almacenando los estímulos recibidos por los órganos de los sentidos. Finalmente, el sistema nervioso, y en particular el cerebro, constituye una central de inteligencia responsable de que podamos aprender, recordar, razonar, imaginar, crear y gozar de sentimientos.

La función del sistema nervioso consiste en recibir los estímulos que le llegan tanto del medio externo como interno del organismo, organizar esta información y hacer que se produzca la respuesta adecuada. Los estímulos procedentes del medio externo son recibidos por los receptores situados en la piel, destinados a captar sensaciones generales como el dolor, tacto, presión y temperatura, y por los receptores que captan sensaciones especiales como el gusto, la vista, el olfato, el oído, la posición y el movimiento.

Las señales (o impulsos) que llegan al sistema nervioso periférico, se transmiten a partir de estos receptores al sistema nervioso central, donde la información es registrada y procesada convenientemente.

Una vez registradas y procesadas, las señales son enviadas desde el sistema nervioso central a los distintos órganos a fin de proporcionar las respuestas adecuadas.

### 1.3. LA DISCAPACIDAD

La **discapacidad** o incapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,<sup>2</sup> aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien padece de una o más discapacidades como persona con discapacidad. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", etcétera, aún siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos "etiquetan" a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación.

*La palabra “discapacitado” es utilizada como un término general que abarca un amplio número de personas que no tienen nada en común entre sí, excepto que no funcionan exactamente del mismo modo que aquellas personas denominadas “normales”. En consecuencia, este amplio conjunto de personas son consideradas “anormales”. Se nos ve como “anormales” porque somos diferentes; somos personas problemáticas, que carecemos de lo necesario para la integración en la sociedad. Pero lo cierto es que, al igual que sucede con cualquier otra persona, existe un conjunto de cosas que podemos hacer y que no podemos hacer, un conjunto de capacidades tanto mentales como físicas que son únicas para nosotros como individuos» (Brisenden, 2008: 176).*

Lo correcto es pensar y creer fundamentalmente que no son discapacitados sino simplemente personas con un grado de dificultad. Basados en la definición anterior, las instituciones que se dedican a la capacitación especial están orientadas a toda actividad de trabajo aplicado en forma definida con el fin de contribuir a que el niño o el adulto con discapacidad alcance la adaptación; logrando la participación activa del discapacitado para que alcance por sus propios esfuerzos, intereses y voluntad las normas de vida habituales.

### 1.3.1.- TIPOS DE DISCAPACIDAD

- Discapacidad física
- Dificultad intelectual
- Discapacidad visual
- Dificultad auditiva o del habla

- **DISCAPACIDAD FÍSICA**

La discapacidad física se puede definir como una desventaja resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. La discapacidad física se origina por una deficiencia física, es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteo-muscular (huesos y articulaciones, nervioso o muscular).

Existe una limitación en el área motora o falta de control de movimientos, de funcionalidad y/o de sensibilidad, que impiden realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente o realizarlas como las hace el común de las personas. Generalmente, se presenta en las extremidades, aunque también se puede manifestar en todo el cuerpo y asociada a otras áreas.

*La discapacidad motriz es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características en la sociedad en la que viven (OMS 2010).*

- **DISCAPACIDAD INTELECTUAL O MENTAL**

La discapacidad mental es “la limitación de la capacidad para el aprendizaje de nuevas habilidades; trastornos de la conciencia y capacidad de aprendizaje, dependiendo el nivel, tanto de actividades complejas, como de aquellas básicas y simples como lo es el caminar, en dicho caso, esta discapacidad se relaciona o existe conjuntamente con la discapacidad física, no por cuestiones de parálisis o falta de sensibilidad, sino por cuestiones de aprendizaje nulo en cuanto a las funciones motoras. De este modo, tenemos que la discapacidad física y la discapacidad mental son independientes, pero en algunos casos, como el anterior, pueden darse en conjunción.

*La deficiencia intelectual es una discapacidad caracterizada por las limitaciones en el funcionamiento intelectual, y se traduce en la necesidad de proveer ayudas extraordinarias para que las personas participen de las actividades implicadas en el funcionamiento típico del ser humano (Wehmeyer, Buntinx, Lachapelle, Luckasson, Schalock, Verdugo, et coll., 2008).*

Cómo se entiende que la discapacidad ha cambiado absolutamente en las últimas dos décadas, vale la pena examinar la deficiencia intelectual en el contexto de cómo se entiende en general la deficiencia. Este tratamiento, ser necesariamente amplio en su alcance, centrándose en la comprensión subyacente de la construcción del concepto de la deficiencia intelectual.

### **CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE** Adquieren tarde el lenguaje. La mayoría llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su

persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares (lectura y escritura).

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA.-** Lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices está retrasada. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta.

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE.-** Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los de la discapacidad intelectual moderada: - Coeficiente intelectual más bajo. - Edad de fallecimiento más temprana.

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA.-** Los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente. No controlan esfínteres. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

- **DISCAPACIDAD VISUAL**

Es la persona que por una lesión en una de las partes del analizador visual, se le afectan el campo y la agudeza visual, dificultando la percepción de los objetos y fenómenos de la realidad, la orientación en el espacio, la formación de representaciones y la realización de actividades donde intervenga la medición.(Aldama, L.2003). Dentro de esta categoría se integran los ciegos y baja visión.

La discapacidad visual es un estado de limitación o de menor eficiencia, debido a la interacción entre factores individuales (entre los que se encuentra la deficiencia visual) y los de un contexto menos accesible. Se suele distinguir a las personas con discapacidad visual haciendo referencia a dos términos: ceguera (pérdida total de visión) y deficiencias visuales (pérdida parcial). Para entender la realidad que entraña esta discapacidad basta tener en cuenta que a través del sentido de la vista obtenemos el 80% de la información del mundo exterior.

*Ríos Hernández, M. (2006) Considera la discapacidad auditiva como “aquel trastorno sensorial caracterizado por la pérdida de la capacidad de percepción de las formas acústicas, producida ya sea por una alteración del órgano de la audición o bien de la vía auditiva”*

Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacidos sordas o han adquirido pérdida auditiva a muy temprana edad. Las personas sordas tienen a su disposición la visual, por este motivo su lengua natural es visual gestual como la lengua de señas y no la auditiva verbal, como el lenguaje oral. La pérdida severa de la audición en las etapas tempranas de la vida tendrá efectos importantes en el desarrollo de un niño o niña y en su adquisición de su lenguaje oral.

Las características de la pérdida tienen las siguientes variaciones:

**Debilidad auditiva superficial:** Implica pérdida de algunos sonidos, pero no tan profunda como para que afecte la mayoría de los usos de la audición.

**Debilidad auditiva media:** Bastantes sonidos no son escuchados y afectan lo que la persona comprende de los sonidos ambientales, incluyendo algunos sonidos del lenguaje.

**Pérdida bilateral significativa:** Una pérdida auditiva en ambos oídos; el oído con mejor audición tiene dificultades para escuchar y comprender el lenguaje. En ocasiones, aunque se escuche la voz humana, no se discrimina lo que se dice.

**Pérdida auditiva severa:** Muchos sonidos no son escuchados, incluyendo la mayoría de los sonidos del lenguaje. No se discriminan las palabras.

### 1.3.2. ACTIVIDADES DE SALUD

Las acciones de salud son todas aquellas intervenciones sobre la población, los individuos o el ambiente, que buscan un efecto positivo sobre el fortalecimiento o la restitución del estado de salud.

*Definición de Terris: Acciones o actividades de salud son el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados del equipo multidisciplinario de salud.*

Las acciones de rehabilitación tienen por objeto desarrollar al máximo las capacidades residuales de la persona que ha sufrido una secuela, para restituirla a la vida normal. Las personas que tienen sus capacidades físicas o psíquicas disminuidas reciben el nombre de discapacitados. Las causas más comunes de ello son: sensoriales (ciegos, sordos, etc.), psíquicas (psicóticos neuróticos graves, etc.), orgánicas (diabéticos, cardíacos, etc.), locomotoras (hemipléjicos, amputados, etc.).

La rehabilitación implica una serie de tareas tales como:

- **recuperación** de lo que antes se tenía. Por ejemplo, colocar una prótesis.
- **reeducación**, que posibilite el uso, afectado por ciertas enfermedades, de los miembros u órganos.
- **readaptación**, que significa un ajuste o acomodación a la nueva situación. Por ejemplo, dar apoyo psicológico a un discapacitado.

### **1.3.3. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL DISCAPACITADO**

Tomando en cuenta que la calidad de atención del discapacitado influye en su proceso de recuperación podemos decir que las principales complicaciones de salud en cuanto a necesidad de atención de los discapacitados tenemos.

- **CRISIS CONVULSIVAS**

La expresión crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de pérdidas de la conciencia.

Las manifestaciones clínicas son muy variables, dependiendo del área cortical involucrada. Las crisis epilépticas son autolimitadas. Duran, normalmente, de uno a dos minutos y puede ser seguidas de un periodo variable de depresión cerebral que se manifiesta por déficits neurológicos localizados (pérdida de fuerza en extremidades –parálisis de Todd-, alteraciones sensitivas, etc.) o difusos (somnolencia, cansancio, agitación, delirio, cefalea, etc).

- **ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Una úlcera o llaga es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia. Las úlceras pueden tener origen y localización muy variada,

las más frecuentes son las que afectan a la pared del estómago o duodeno que se llaman úlceras pépticas.

Comienza con un enrojecimiento de la piel, pero empeora progresivamente, formando una ampolla, luego una llaga y finalmente un cráter. Los sitios más comunes donde se presentan las úlceras de decúbito son las prominencias óseas (huesos cercanos a la piel), como en los codos, los talones, las caderas, los tobillos, los hombros, la espalda y la parte posterior de la cabeza.

- **BRONCOASPIRACION**

Ocurre cuando un alimento sólido o líquido pasa a las vías respiratorias accidentalmente. También puede ocurrir cuando el contenido gástrico vuelve a la boca (en caso de regurgitación o vómito) y éste queda atrapado en las vías respiratorias al respirar. La broncoaspiración también puede darse en personas inconscientes o bebés.

Los signos de una broncoaspiración son la tos insistente, dificultad o ruido al respirar, el cambio de voz (por depositarse un cuerpo extraño sobre las cuerdas bucales), sonrojamiento e incluso amoratamiento de la piel, e incluso pérdida del conocimiento.

- **FIEBRE**

La fiebre, conocida también como calentura', es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal, y que es causado por un evento fisiopatológico (infección, inflamación). La fiebre es un mecanismo presente en todos los seres humanos que actúa como respuesta adaptativa ayudando al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógenos que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo, o que son producidas por las propias células.

## **Niveles de fiebre**

- Si la temperatura axilar es mayor de 37 °C y menor de 38 °C se llama febrícula.
- Si la temperatura axilar es mayor o igual a 38 °C y menor de 40 °C se llama fiebre.
- Si es mayor o igual a 40 °C se llama hiperpirexia. Temperaturas superiores a 42 °C en el ser humano suelen ser incompatibles con la vida.

- **CARIES**

La **caries** es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Las bacterias fabrican ese ácido a partir de los restos de alimentos de la dieta que se les quedan expuestos. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos.

- **DIFICULTAD CON LA DEGLUCIÓN**

La deglución consiste en masticar los alimentos y llevarlos a la parte posterior de la boca para transportarlos por el esófago, el conducto que moviliza el alimento hasta el estómago.

La dificultad con la deglución es la sensación de que el alimento sólido o líquido se atora en la garganta o en cualquier punto antes de que éste ingrese al estómago. Este problema también se denomina disfagia.

- **ATRAGANTAMIENTO**

El atragantamiento es la obstrucción accidental de las vías respiratorias altas o medias, generalmente al fallar la deglución de alimentos, y que puede llegar a

provocar la asfixia del sujeto afectado y en la mayoría de los casos, a la muerte si no se atiende con rapidez. A menudo se produce con alimentos de consistencia pastosa como chicles o pastillas de goma en niños o grandes trozos de carne mal masticados en adultos.

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del organismo para mantener los niveles arteriales de oxígeno (O<sub>2</sub>) y *dióxido de carbono* (CO<sub>2</sub>) adecuados para las demandas del metabolismo celular. Es un mal intercambio gaseoso entre el aire que ventila y la sangre que circula por los pulmones.

- **INTOXICACIÓN**

Una intoxicación se produce por exposición, ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica. Las intoxicaciones accidentales o voluntarias debidas al consumo de medicamentos son las más frecuentes.

La gravedad de la intoxicación depende de la toxicidad del producto, del modo de introducción, de la dosis ingerida y de la edad de la víctima. Es fundamental detectar los signos de riesgo vital: comprobar el estado de conciencia, la respiración y también el pulso.

#### **1.3.4. CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". OMS (2005).

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

### **DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las

creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

### **1.3.5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

Tradicionalmente la salud se ha abordado desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito principalmente a la detección y el tratamiento de las enfermedades, el alivio del dolor y la curación. A medida que la ciencia médica se ha ido desarrollando, este abordaje ha sido insuficiente y ha sido necesario ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente, sin restringirse solo a las manifestaciones biológicas.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del

desarrollo personal y de la felicidad del individuo. Esta aplicación del concepto de salud la ha convertido en el objetivo social y ha conseguido que los gestores sanitarios y políticos, los pacientes y los usuarios exijan explicaciones más detalladas de cómo y cuánto el cuidado médico es capaz de prevenir y fomentar la salud de los individuos.

La calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Como parte de esta visión más amplia de la salud, se ha hecho necesaria la medición de los resultados de la intervención sanitaria, dando lugar a los estudios de medicina basados en la evidencia y, dentro de ellos, a los de calidad de vida relativa a la salud.

### **1.3.6. ROL DE LA ENFERMERA**

El rol profesional de la enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia, este rol se lleva a cabo a través de las siguientes funciones: Asistencial, Administrativa, Educativa y de Investigación.

El papel fundamental de la enfermera es basar su trabajo en la identificación de problemas y en la planificación de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y desarrollo de actividades educativas; priorizando a los grupos vulnerables identificados, las familias o los individuos, haciendo uso de todos los recursos disponibles en el sistema familiar situación que le permite ser dinámica y creativa a fin de suplir las necesidades de la sociedad.

## **ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN**

El proceso de Enfermería, como método científico, fundamenta la práctica de enfermería y permite diferenciar el diagnóstico de enfermería, de los problemas interdependientes y de las complicaciones, resultado de la situación fisiopatológica del discapacitado.

La práctica de enfermería requiere de conocimientos y habilidades precisas cuando se proporcionan cuidados, según el marco de la enfermería clínica que centra su atención en la respuesta humana y no sólo en la situación de enfermedad.

El proceso de enfermería es el método que permite describir, identificar, tratar y evaluar en forma coherente las diferentes respuestas humanas ante un mismo diagnóstico médico. Como instrumento el proceso es útil para la valoración, establecimiento de objetivos y definición de acciones concretas relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación en salud del discapacitado y su familia y además favorece la relación terapéutica.

*Según L. J. Carpenito, la práctica clínica tiene un modelo bifocal porque los problemas de los enfermos no todos son diagnósticos de enfermería; hay problemas interdependientes o complicaciones resultado de la situación fisiopatológica o relacionada con el tratamiento, personales, ambientales o de madurez; todas situaciones importantes a tener en cuenta la enfermera en el proceso de atención.*

El enfermero o enfermera de rehabilitación están especializados en ayudar a las personas con discapacidades y enfermedades crónicas a conseguir la máxima funcionalidad y la mejor salud posibles y a adaptarse a un estilo de vida distinto. Los enfermeros o enfermeras de rehabilitación ayudan a los pacientes a ser más independientes fijando objetivos y planes de tratamiento realistas. Forman parte

de un equipo multidisciplinario y a menudo coordinan los cuidados del paciente y las actividades del equipo.

Las actividades de enfermería se dirigen tanto hacia el problema como a sus causas, las acciones más eficaces son las que logran eliminar, controlar o reducir la causa.

Las intervenciones para cuidar a un paciente con limitación discapacitante requiere de juicio crítico, clínico y de conocimientos al controlar la evolución del proceso rehabilitatorio de acuerdo a la preparación teórica y práctica de la enfermera(o), además se incluyen las actividades delegadas por otros profesionales.

En el proceso de enfermería es indispensable la participación activa de la persona enferma, pues los objetivos que se plantean están basados en sus capacidades. Otro aspecto que no puede dejarse de lado es la pertenencia del discapacitado a una familia y una comunidad, donde tiene un papel que desempeñar deberes y derechos.

### **1.3.7. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE ENFERMERÍA**

- **TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

*El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.*

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería

## **METAPARADIGMA**

### **Salud.**

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

### **b) El Entorno.**

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

### **c) Persona.**

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia conforman una unidad.

#### **d) Enfermería.**

Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

- **TEORIA DE CALISTA ROY**

*Roy, manifiesta que su Modelo de adaptación se basa en cuatro formas de adaptación: fisiológica, psicológica, sociológica e independencia.*

#### **METAPARADIGMA**

##### **Adaptación**

Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

##### **Enfermería**

Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.

## **Persona**

Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

## **Salud**

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

## **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

### **1.3.8. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar

cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, al mismo tiempo que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial.

El proceso consta de cinco etapas que pueden resumirse de la siguiente manera:

Etapa de valoración: es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes. Entre las herramientas para la valoración, la enfermera utiliza la entrevista, la observación y la exploración.

Etapa de diagnóstico: se trata del enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se expone el proceso a través del cual la enfermera puede establecer un problema clínico y formularlo para su resolución. En función de la naturaleza de éste la enfermería puede tener distintas respuestas:

Etapa de planificación: en esta fase se establece el plan de cuidados encaminado a eliminar, reducir o prevenir los problemas detectados. Consta de cuatro fases:

Etapa de ejecución: es la puesta en práctica del plan de cuidados formulado. La enfermera tiene toda la responsabilidad sobre el plan, pero incluye al propio paciente, a su familia y a otros miembros del equipo sanitario.

Etapa de evaluación: es la comparación sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, medidos en términos de eficacia, efectividad y eficiencia. La evaluación debe servir como base para afianzar,

modificar o abandonar los cuidados planeados en base a la consecución de los resultados.

### **1.3.9. CONADIS**

El Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS, es un organismo autónomo de carácter público, creado en agosto de 1992, a través de la Ley 180 sobre Discapacidades. Ejerce sus atribuciones a nivel nacional, dicta políticas, coordina acciones y ejecuta e impulsa investigaciones sobre el área de las discapacidades. Su conformación es democrática, en la que participan todas las organizaciones públicas y privadas vinculadas directamente con las discapacidades.

### **VISIÓN**

El Consejo Nacional de Discapacidades, será un organismo dinamizador y articulador de todos los sectores de la comunidad para desarrollar acciones de prevención, atención e integración, con el propósito de prevenir las discapacidades y elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

### **MISIÓN**

Es un organismo público y autónomo que genera políticas e información, planifica y coordina acciones con los sectores públicos y privados, en el ámbito de las discapacidades y canaliza recursos nacionales e internacionales en este campo.

### **Funciones**

- Formular políticas nacionales relacionadas con las discapacidades
- Establecer el Plan Nacional de Discapacidades
- Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad

- Coordinar, efectuar el seguimiento y evaluar las acciones que realizan en discapacidades las entidades del sector público y privado.

### **1.3.10. MISIÓN MANUELA ESPEJO**

Misión Solidaria Manuela Espejo iniciativa que busca rescatar, visibilizar y brindar ayuda a las personas con discapacidad de todo Ecuador y sus familias

Ecuador aprobó, en el 2008, la nueva Constitución de la República, que menciona en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación.

Con este marco legal en Junio 2001 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con casi todas las instituciones del Estado, para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es un estudio bio psico social clínico genético para estudiar y registrar georeferencialmente a todas las personas con discapacidad a escala nacional. Por su parte el programa Joaquín Gallegos Lara nace luego de que la Misión Manuela Espejo detectó los casos más críticos de personas con discapacidad física o intelectual severa que viven en un entorno de pobreza, siendo en muchas veces abandona en largas jornadas.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador; que en un primer momento fue un estudio científico – médico para determinar las causas de las discapacidades y conocer la realidad bio psico social de esta población desde los puntos de vista biológico, psicológico, social, clínico y genético, con el fin de delinear políticas de Estado reales, que abarquen múltiples áreas como salud, educación y bienestar social.

## **1.4. MARCO LEGAL**

### **1.4.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

#### **CAPÍTULO TERCERO**

#### **DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA**

#### **SECCIÓN SEXTA**

#### **PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

Art. 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención

### **1.4.2. “LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES”**

#### **CAPÍTULO SEGUNDO**

#### **DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

#### **SECCIÓN SEGUNDA DE LA SALUD**

**Art. 19.- Derecho a la salud.-** El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de

promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Art. 20.-Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación.

La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad

### **1.4.3. PLAN NACIONAL DEL “BUEN VIVIR”**

#### **OBJETIVO # 3 MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN.**

La calidad de vida alude directamente al Buen Vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional y complejo, determinado por aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la salud, educación, alimentación, vivienda, ocio, recreación y deporte, participación social y política, trabajo, seguridad social, relaciones personales y familiares. Las condiciones de los entornos en los que se desarrollan el trabajo, la convivencia, el estudio y el descanso, y la calidad de los servicios e instituciones públicas, tienen incidencia directa en la calidad de vida, entendida como la justa y equitativa redistribución de la riqueza social.

#### **Políticas**

3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población.

3.2. Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

3.4. Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia.

## **1.5.- MARCO CONCEPTUAL**

**DISCAPACIDAD.-** 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. (OMS,).

**MINUSVALÍA.-**Una minusvalía es "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo y factores sociales y culturales)".

La minusvalía está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

**DEFICIENCIA.-**Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

**CALIDAD DE VIDA.-**El cuidado personal comprende las habilidades relacionadas con el aseo, la comida, el vestido, la higiene y el aspecto personal (MSP, 2011).

**CUIDADORES.-** Son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone. (González, 2008).

**INCLUSIÓN.-** La Inclusión es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades (Unesco, 2006).

**INTEGRACIÓN.-** La integración social no se puede considerar como un producto exclusivo de la educación, sino como un proceso que se inicia en la familia y posteriormente las escuelas la encargada de ofrecer y enseñar las habilidades y conocimientos necesarios para incorporarse a una comunidad social más grande, la vida adulta. (Berastegi, J. 2007)

**REINSERCIÓN.-** Reintegración o nueva adaptación de una persona en la sociedad después de haber estado durante un tiempo al margen de ella. (Larousse S.L, 2007).

**EDUCACION.-** La educación es el proceso por el cual se guía e ilumina el intelecto y el espíritu de una persona para que -conociendo el bien, lo bueno y los valores- actúe en consecuencia por su propia voluntad.

**SOCIEDAD.**-La sociedad es la agrupación de individuos, familias y/o clanes que se unen para facilitar el logro de algunos de los objetivos de la vida. La base de la sociedad son las relaciones humanas de orden económico, político, religioso, cultural principalmente.

**SALUD.**-La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (OMS).

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA

#### 2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva porque nos permitió trabajar sobre la realidad actual de la necesidad de conocimiento de acciones de salud que tienen los profesionales sobre los cuidados prioritarios que se les debe brindar a las personas con capacidades especiales o discapacitadas.

Es **cuantitativa** porque permitirá cuantificar los datos en forma numérica y exponencial, describiendo cada una de las variables, para su respectivo análisis. (Álvarez Cáceres)

Es **descriptiva** porque nos permite describir la situación del problema en el estudio indicado y dar relación con la necesidad de actividades de salud en la interpretación de las variables. (Arias 2006)

Es de corte transversal, porque se realizó el estudio de variables en determinado momento ósea en un corte en el tiempo dado de 6 meses.

Para de esta manera relacionar las actividades de salud, que nos ayudo a identificar puntos importantes del problema, ya que la investigación permite transformar sistemas teóricos óptimos para las necesidades de los individuos y da apertura a una nueva investigación.

#### 2.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total de profesionales y auxiliares de enfermería de la Fundación “Melvin Jones” es de aproximadamente 30 personas, de los cuales 8 son varones y 22 son mujeres.

La muestra de estudio son 20 profesionales y auxiliares de enfermería distribuidos en las diferentes áreas de rehabilitación de la Fundación “Melvin Jones”, que asisten de lunes a viernes de 07:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00 en el período lectivo 2012-2013. Sobre los cuales se generó la investigación.

### **Criterios de inclusión:**

Para la selección de la muestra se tomó los siguientes criterios de inclusión. Los sujetos de estudio tuvieron que cumplir con los siguientes requisitos:

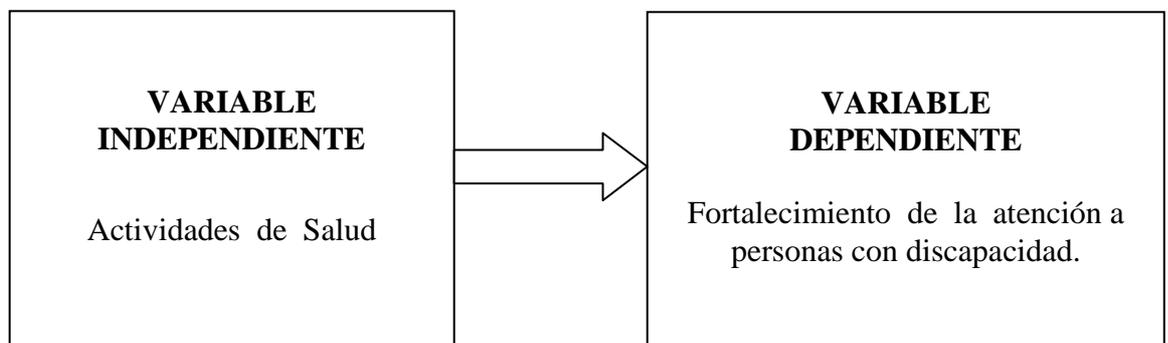
- Ser profesional en tecnología médica.
- Profesionales en otras ciencias.
- Auxiliares de enfermería.
- Que laboren actualmente en la Institución.

### **Criterios de Exclusión:**

- Profesionales que no se encuentren dentro de la Institución al momento de la encuesta.
- Profesionales que no acepten participar en el estudio.

## **2.3. VARIABLES A INVESTIGAR**

### **2.3.1. VARIABLES A INVESTIGAR**



## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 2.4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE

#### ACTIVIDADES DE SALUD

Comprende las actividades dirigidas a modificar o potenciar acciones que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>CONOCIMIENTO</b>	Que es una discapacidad	Una limitación Un problema de salud Deficiencia local No sabe
	Conoce que acciones se realizan antes de iniciar una terapia	Explicar las actividades a realizarse Controlar los signos vitales Descansar por un período de 10 minutos No sabe
	Conoce de la interacción de los medicamentos	Si No No sabe
	A que se deben las úlceras por decúbito	Ausencia de cambios posturales Falta de higiene No sabe
	Causa de problemas en la deglución de alimentos - Medicamentos	Posición inadecuada Depende de la cantidad No sabe

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

<b>PROBLEMAS DE SALUD</b>	Caries	Si No No sabe
	Fiebre	Si reconoce No reconoce
	Crisis convulsiva	Si No sabe
	Úlceras por presión	Lesión local Bacterias Infección No sabe
	Insuficiencia respiratoria	Cambios de coloración en la piel. Sudoración Irritabilidad No sabe
	Intoxicación	Alimentos contaminados Combinación de medicamentos No sabe
	Heridas	Perdida de la continuidad cutánea. Caídas Golpes No sabe

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

<b>ACTIVIDADES DE SALUD</b>	Cambios posturales	Cada día Cada 8 horas Dos veces al día Cada dos horas
	Combinación de medicamentos	Si No No sabe
	Temperatura corporal	37° C 38° C 39° C 40° C
	Acciones ante una crisis	Retirar la dentadura postiza  Desabrochar prendas ajustadas  Sostener la cabeza para evitar traumas  No Sabe
	Posición adecuada para ingerir el alimento	Decúbito dorsal Fowler Semifowler
	Acciones ante un atragantamiento	Golpear la espalda Maniobras de Heimlich Colocar lo acostado No sabe
	Control de dosis de medicamentos	Si No No sabe

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

## 2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE

### ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Atender correctamente a las personas con discapacidad es una cuestión de educación, voluntad y respeto, reciban atención adecuada y se logren los mismos objetivos que con el resto; es decir, que queden satisfechas

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>	Frecuencia de terapias	Dos veces por semana Un vez a la semana Cada 15 días Una vez al mes
	Realiza seguimiento oportuno	Si No
	Aplica protocolos de atención	Si Rara vez Casi nunca
	Necesidad de planificar intervenciones de enfermería	Está de acuerdo No está de acuerdo
	Ineficiencia de terapias	Incumplimiento de terapias Terapias no acorde a la necesidad Por enfermedad No sabe

### VARIABLE DEPENDIENTE

## **2.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El éxito de la investigación depende de la calidad de información que se adquiera, tanto de las fuentes primarias y secundarias así como el procesamiento y presentación de la información. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la encuesta y la entrevista fue estructurada (preguntas previamente elaboradas y ordenadas) la misma que nos condujo a un acercamiento al personal objetos y sujetos de la investigación.

La técnica que se utilizó para la recolección de información a los sujetos de estudio fue la encuesta, tomándose un tiempo aproximado de 30 minutos. Se utilizó como instrumento un cuestionario con 20 preguntas.

## **2.6. PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto se la realizó a 5 maestros de las personas con capacidades especiales de la Fundación “Melvin Jones”, lo cual sirvió para acreditar el nivel de comprensión y relevancia de los ítems y la efectividad del cuestionario.

## **2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se considera los siguientes aspectos:

- Oficio dirigido a institución donde se va a realizar el trabajo de investigación.
- Consentimiento informado dirigido a los sujetos de investigación
- Todos los oficios que sean necesarios para realizar la investigación.

## **2.8. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS**

- 1.- Se socializó autorización a la Institución mediante un oficio para realizar nuestro trabajo de investigación.
- 2.- Se realizó la obtención de datos en días académicos para facilitar la asistencia a nuestros sujetos de estudio.
- 3.- Se le informó a los sujetos de estudio sobre la importancia de la investigación y se les solicitó colaboración.

## **2.9. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

El respectivo procesamiento de la información recolectada se realizó en una base de datos de Excel.

La representación estadística se realizó mediante tablas y representación gráfica (pasteles y barras).

## **2.10. TALENTO HUMANO**

### **Autoras:**

Interna de Enfermería: Tamara Idrovo Lazo

Interna de Enfermería: Iliana Soriano Arana

### **Tutora:**

Lic. Carmen Bailón Muñiz, Msc.

### **Sujetos a investigar:**

20 profesionales de la salud, maestros y auxiliares de enfermería de las personas con capacidades especiales de la Fundación “Melvin Jones” del Cantón La Libertad.

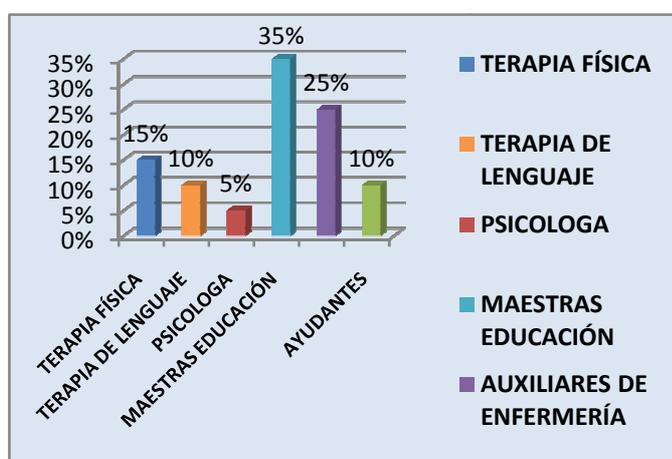
## CAPÍTULO III

### 3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez obtenido los datos se procede a realizar el análisis e interpretación de resultados, siendo el universo de 30 profesionales, se toma la muestra de 20 profesionales encuestados

16 son mujeres que representa el 80% y 4 son hombres con un 20% de la Fundación Melvin Jones 24 a 35 (Ver Gráfico # 1). Se puede demostrar que las personas encargadas de los cuidados y de la atención de los discapacitados está formado de un grupo de profesionales en las

**Grafico # 1**  
**OCUPACIÓN DEL PROFESIONAL**



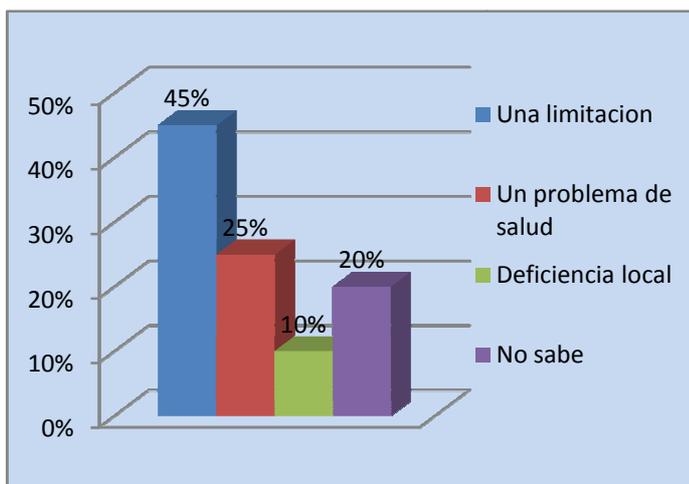
Fuente: Profesionales de la Salud de la Fundación Melvin Jones  
Elaborado por: Idrovo T. Y Soriano I.

diferentes ramas como terapia física con un 15%, terapia de lenguaje 10%, estimulación temprana o maestra de educación con el 35%; quienes laboran en la actualidad en la Fundación Melvin Jones desarrollándose en el ámbito de la rehabilitación de las personas con discapacidades, donde se pudo notar que existe un déficit de personal capacitado que deben actuar de manera lógica y científica frente a los problemas de salud prioritarios de los discapacitados, para ello debemos acotar que los discapacitados necesitan una atención óptima y especializadas, razón por la cual se manifiesta que la atención es la capacidad que tienen los profesionales para atender y entender las diferentes necesidades que se presentan en la salud del discapacitado, y como profesional es necesario tener claro que problema de la discapacidad se define como un problema del individuo, pues es en su deficiencia y en su falta de destreza donde se localiza el origen de sus dificultades.

Al analizar nuestro primer objetivo que es “Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre la discapacidad”, la población a investigar es de 20 profesionales de la salud que laboran en la Fundación Melvin Jones según los datos referidos en el

gráfico presente se obtuvo que el 45% conocen la discapacidad como una limitación, seguido del 25% como un problema de salud, el 10% como deficiencia local y el 20% no saben. Considerando que el nivel

**Grafico # 2**  
**¿QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD?**



Fuente: Profesionales de la Salud de la Fundación Melvin Jones  
Elaborado por: Idrovo T. Y Soriano I.

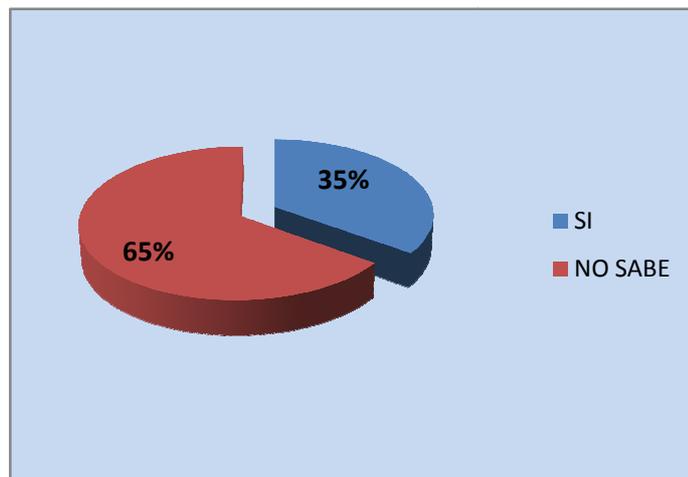
de conocimiento influye en la calidad de atención

que se les brinda a las personas discapacitadas, podemos manifestar que no se está dando la atención que ellos requieren en cuanto a asistencia integral y la recuperación de su salud ya que los profesionales que están a cargo de este grupo vulnerable de personas no están realizando las actividades acordes a sus necesidades y esto influye en un porcentaje considerable de deficiencia en el proceso de recuperación de los mismos, razón por la cual existen porcentajes elevados de deficiencias de diferentes tipos en nuestro país. Tomando en cuenta lo que manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad no es un fenómeno específicamente biológico, se trata del resultado de interacciones entre enfermedad y los factores ambientales y personales. Es por esta razón que la calidad de atención que se les brinde debe ser óptima y especializada con calidad humana que aporten a su recuperación y de esta manera vayan disminuyendo sus diferentes limitaciones y restricciones, para que sean incluidos en la participación de la sociedad en el ámbito laboral, escolar, etc. Según la Ley del discapacitado dice: Art. 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con

discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

De acuerdo al análisis del conocimiento sobre la interacción de los medicamentos, encontramos que el 35% de los encuestados si conoce de la interacción de medicamentos, y el 65% no sabe, relacionándolos con los conocimientos (Ver Gráfico # 12), que el 60%

**Gráfico # 3**  
**INTERACCION DE MEDICAMENTOS**



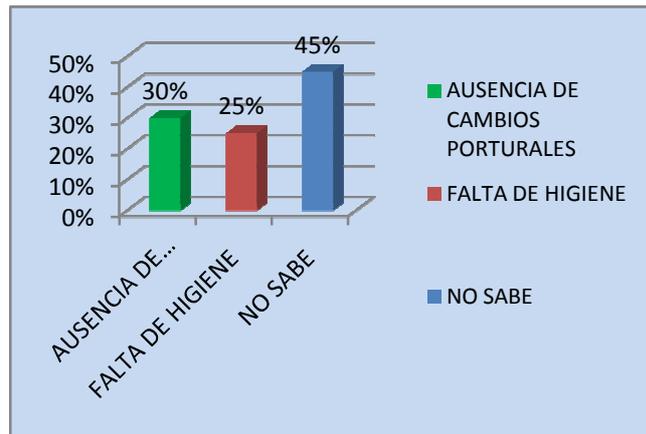
Fuente: Profesionales de la Salud de la Fundación Melvin Jones  
Elaborado por: Idrovo T. Y Soriano I.

de los encuestados no conoce que efectos causa la combinación de medicamentos y el 40% si conoce sobre tales efectos. Demostrando de esta manera que los profesionales que laboran en esta institución desconocen en su mayoría sobre los efectos dañinos que producen la combinación de medicamentos en el organismo de un persona, cuando debemos saber que cada medicamento tiene acción y reacción en beneficio de la recuperación de la salud de una persona, pero cuando no se lleva un control óptimo de la cantidad o la forma de administrarlo esto a su vez desencadena un sinnúmero de complicaciones, que en vez de ayudar a la recuperación de una persona complica aún más su enfermedad y a su vez su recuperación va a ser deficiente, ya que son un grupo vulnerable de personas con limitaciones que no les permiten manifestar de forma objetiva las diferentes acciones que causan los medicamentos en su organismos. En relación con la teoría de Virginia Henderson podemos decir que la función propia de la enfermería es asistir al individuo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la

salud o a su recuperación, y hacerlo de tal manera que ayude al individuo a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

De acuerdo al segundo objetivo que es “identificar los problemas de salud del discapacitado”, debemos tomar en cuenta del porque se producen las úlceras por decúbito del cien por ciento de los encuestados se obtuvo que el 45% no sabe, el 30% manifiesta por ausencia de cambios posturales, mientras que el 25% dice que es por falta de higiene.

**Grafico # 4**  
**ÚLCERAS POR DECUBITO**



Fuente: Profesionales de la Salud de la Fundación Melvin Jones  
Elaborado por: Idrovo T. Y Soriano I.

(grafico # 11) que nos manifiesta cada qué tiempo se realizan los cambios posturales, las personas encuestadas manifiestan el 35 % se debe realizar cada día, seguido del 30% se debe realizar 2 veces al día, el 20% dice cada 2 horas y el 10 % cada 8 horas. Pudiéndose demostrar de esta manera que las diferentes complicaciones de salud de las personas con discapacidad repercute de una u otra manera en la calidad de cuidados que se les brinda y en el mal manejo de los pacientes acorde a su complejidad, por ello todo profesional que esté a cargo de estas personas de conocer de manera científica e integral cuales son los diferentes procedimientos que se deben realizar dependiendo de las diferentes discapacidades que ellos manifiestan, tomando en cuenta la discapacidad física podemos decir que es la pérdida de la normalidad en la estructura anatómica de los sistemas osteo-musculares, de acuerdo a este tipo de discapacidad les hace más vulnerables a tener este tipo de complicaciones de úlceras por decúbito, por ello se debe manifestar que se les debe brindar un tipo de atención especializada en cuanto a sus necesidades de recuperación y evitar las complicaciones de su estado de salud. El mejoramiento de la calidad de vida de una persona con discapacidad

es el resultado de una eficaz intervención sanitaria, dando lugar a los resultados basados en la evidencia y dentro de ellos a la calidad de vida a la salud. El gobierno actual se ha puesto en manifiesto ante la necesidad de salud y de bienestar que tienen estas personas razón por la cual se está llevando a cabo la Misión Manuela Espejo la cual está proporcionando tratamientos oportunos, implementos necesarios como sillas de ruedas y colchones antiescaras que benefician en si la integridad física de estas personas.

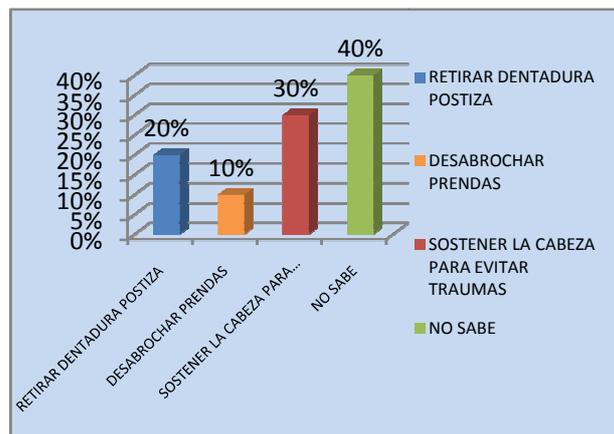
Con respecto a nuestro

tercer objetivo que es Determinar las acciones de salud que se deben realizar para el fortalecimiento de la atención, en cuanto a que acciones debe realizar ante una crisis convulsiva, del

ciento por ciento de los profesionales encuestados el

40% manifestó que no sabe, seguido del 30% sostener la cabeza para evitar traumas, el 20% retirar dentadura postiza y el 10 % desabrochar prendas, relacionándolo con el (Ver Gráfico # 9), que se trata de cuáles son las manifestaciones clínicas de la fiebre del cien por ciento de los encuestados el 65% no conoce y el 35% si conoce las manifestaciones de la fiebre. Ante la necesidad de atención necesaria de las personas con discapacidad podemos manifestar que las crisis convulsivas son una de las principales alteraciones de salud de un discapacitado ya que el no puede manifestarse subjetivamente en su necesidad de atención, y esta debe ser prioritaria y eficaz, relacionándolo con que los profesionales de

**Grafico # 5**  
**ACCIONES ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA**



Fuente: Profesionales de la Salud de la Fundación Melvin Jones  
Elaborado por: Idrovo T. Y Soriano I.

esta fundación desconocen de forma total que acciones deben realizar frente a una crisis para evitar que esta persona sufra algún riesgo, alteración o enfermedad anexa a su limitación. Según la ley orgánica de discapacitados, Art. # 20 Derecho a la salud, que la atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud. La atención especializada a los discapacitados es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Analizando el siguiente grafico se puede determinar que del cien por ciento de los profesionales encuestados se obtuvo como resultado cual es el problema en la deglución de alimentos o medicamentos el 40% manifestó por posición inadecuada, seguido del 35 % que no sabe y el 25% depende de la cantidad que ingiera. Relacionándolo con el (Ver

**Grafico # 6  
DEGLUCION DE  
ALIMENTOS/MEDICAMENTOS**

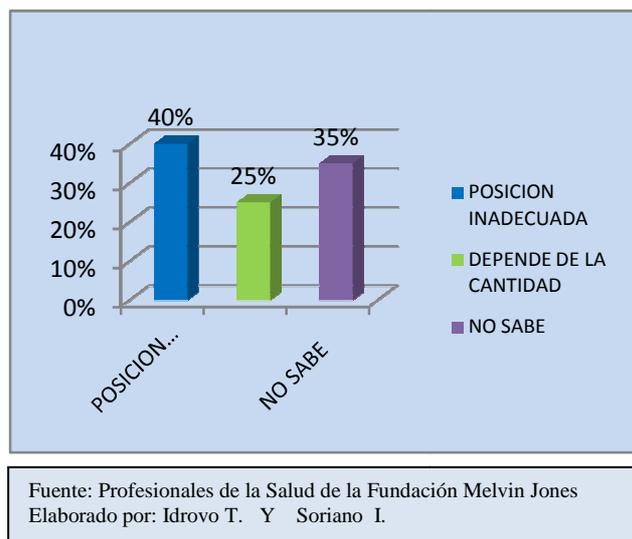


Gráfico # 15), que dice cual es la posición adecuada para evitar la broncoaspiración a los que los encuestados manifestaron el 50% posición fowler, seguido del 40% posición semifowler y el 10% decúbito dorsal. Pudiendo demostrar que la escasez de conocimientos del personal profesional de esta unidad muy a pesar que hay un gran número de profesional que tienen conocimiento esencial de cuáles son las posiciones en las que se debe dar alimentación y medicación a los discapacitados, existe una cantidad considerable de profesionales que realiza su trabajo de forma mecánica sin darse cuenta que hay complicaciones por más pequeñas que sean que pueden causar alteraciones del estado de salud de los discapacitados como una broncoaspoación o un atragantamiento que pueden dejar

secuelas severas en ellos ya que ellos no pueden manifestar con exactitud su diferentes dolencias, es por ello que para interactuar con una persona con capacidades especiales es necesario tener una base de conocimiento para poder suplir sus necesidades de recuperación de salud mas no agregarles a la misma aún más complicaciones. Según ley orgánica de discapacidades Art. 20 nos dice: la habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Es por ello que se considera lo que manifiesta Virginia Henderson que el estado de bienestar, físico, mental y social es un derecho que tiene todo individuo y una cualidad de vida, en la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

## CONCLUSIONES

En base a la discusión y análisis de los resultados que se obtuvieron las siguientes conclusiones.

- Al determinar el conocimiento de los profesionales sobre que es una discapacidad comprobamos que los profesionales que laboran en esta institución tienen un nivel de conocimiento óptimo sobre el tema pero sin dejar a un lado que también hay profesionales que desconocen lo que es una discapacidad, verificando que este grupo de profesionales que desconocen del mismo constituyen una debilidad en la calidad de atención y de servicios que se les está brindando a las personas con discapacidad.
- Al identificar los principales problemas de salud del discapacitado, comprobamos que la calidad de atención que se les está brindando no está acorde a sus necesidades requeridas ya que las diferentes complicaciones de salud, manifiestan la necesidad de cuidados de enfermería óptimos, considerando que estos son el pilar fundamental en su proceso de recuperación, porque de ello va a depender su reintegración a la sociedad, como individuos que puedan ejercer sus deberes y derechos.
- Identificando las principales actividades de salud que se deben ejecutar en el proceso de recuperación de un discapacitado, muchos profesionales desconocen como ellos deben actuar frente a una complicación del estado de salud, razón por la cual debemos considerar que las intervenciones de enfermería juegan un papel fundamental en el proceso de rehabilitación, constituyéndose un proceso esencial que se debe llevar a cabo de manera rutinaria frente a las manifestaciones de salud de estas personas, ya que son de mucha prioridad para evitar un sinnúmero de complicaciones.

En base a los resultados obtenidos se confirma el objetivo general que es analizar las actividades de salud en el fortalecimiento de atenciones de cuidados a personas discapacitadas, con ello estamos confirmando la hipótesis descriptiva que indica que si se identifican las actividades de salud entonces se logrará fortalecer la atención del cuidado de personas con Discapacidad, los posibles diagnósticos de enfermería son Riesgo de lesión de la piel relacionado con lesiones accidentales y úlceras por presión, Riesgo de intoxicación relacionado con desequilibrio orgánico, deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la masa corporal evidenciado por cambios en la marcha e inestabilidad corporal, además esta evidenciado que surge la necesidad de ejecución de actividades de salud óptimos para la recuperación de las salud de las personas con discapacidad.

## RECOMENDACIONES

En base al trabajo realizado y las conclusiones obtenidas tenemos las siguientes recomendaciones:

- Recomendar a la Directora de la Institución la necesidad de incorporar personal profesional en enfermería para que ejerzan su rol de cuidado directo a las personas con discapacidad incluyendo en los profesionales el Proceso de atención de enfermería, para mejorar la calidad de atención y al mismo tiempo satisfacer sus necesidades.
- Motivar a los directivos de la institución a que realicen talleres, seminarios o capacitaciones continuas para que actualicen los conocimientos sobre las principales actividades que se deben realizar con los discapacitados para su pronta y eficaz recuperación, permitiéndole su reinserción a la sociedad como personas capaces de desenvolverse de manera independiente.
- Trabajar en coordinación con los profesionales de las diferentes áreas, para que en conjunto se fortalezca la calidad de atención que se les brinda a los discapacitados realizando sus actividades con eficiencia y eficacia, en beneficio de la población discapacitada, mejorando su salud de manera holística proporcionándoles una calidad de vida acorde a sus necesidades.
- Se sugiere presentar a las escuelas que forman personal profesional y auxiliar de enfermería temas específicos del cuidado de personas con discapacidad.

Conforme a ello hemos realizado una guía de cuidados específico de Enfermería para el fortalecimiento de la atención de las personas con Discapacidad que va a beneficiar tanto a la unidad de rehabilitación como a los profesionales en la actualización de sus conocimientos.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Aguado Díaz, A. y Alcedo, M.» A. (2007). Las personas con discapacidad física. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: S. XXI de España Editores.
- Aguilera Navarro, S.- (2008) Nuevas tecnologías aplicadas a la discapacidad. Proyectos y experiencias. Madrid: INSERSO
- AmorPan, J. R. (2007). Dignidad Humana y Discapacidad Intelectual. Artículo electrónico. En: Revista Latinoamericana de Bioética. Volumen 8. Edición 13. Página 88 - 105.
- Armas P. (2007), “Avanza fortalecimiento de rehabilitación a discapacitados”, El Habanero, edición digital del 27 de marzo.
- Constitución Política de la República del Ecuador (2010). Constitución 2008.
- Cuervo, C; Trujillo, A; y Pérez, L. (2008). Modelo Conceptual Colombiano de Discapacidad e Inclusión Social. Maestría en Discapacidad e inclusión social. Cuadernos de trabajo 1. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Davis A. (2009). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; S/N, Pág. 1.
- Falagán P, Marrero RG, Pavón HY. (2009). Úlceras varicosas y atención primaria», en revista Ciencias.

- González N, (2008). “Hacia una conceptualización social de la discapacidad”. Revista Trabajo Social. Nueva Época núm. 3, Verano, p. 6
- Heather. (2012) NANDA internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona – España.
- Herrera, G.(2009). Hacia un régimen social del cuidado más justo, mimeo. Quito.
- Jones HM. (2007). Citado por Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX;(2):9-21.
- Leddy, S. y Col. (2008) “Bases conceptuales de la enfermería profesional”. Barcelona: Mosby.
- Marriner A, Raile M. (2008). Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. Barcelona: Mosby.
- MARTÍN C., SÁNCHEZ L. (2007). Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motórica. Definición y clasificación. Madrid: Servicio de Publicaciones del MEC.
- Maryland S. (2013), Enfermera de Rehabilitacion. The University of Chicago Medical Center. All rights reserved.
- Moreno, M. (2008). Pistas para el diálogo entre salud pública y discapacidad: Hacia la comprensión de la evolución del concepto de discapacidad. En: Cuadernos del Doctorado de Salud Pública y Discapacidad No. 8.
- Palacios, A.; Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos.

- Pereda C., Prada W., (2007). La inserción laboral de las personas con discapacidades – Madrid
- Quejereta González M, (2008) Discapacidad/ Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid; IMSERSO,
- R, C. (2007). Breve análisis de la situación de las Discapacidades en el Ecuador. (CONADIS, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ramon C, (2008). Protocolo de cuidados. Úlceras vasculares. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- SENPLADES. (2010). Plan del Buen Vivir. Senplades..
- Storch de Gracia y Asensio, J.G. (2007), "Derecho a la información y discapacidad (Una reflexión aplicada a los lenguajes de los sordos)", en Revista General de Información y Documentación [Madrid-España], vol. 16, núm. 1, págs. 75-103.
- Tortosa, I.; García-molina, Ferreras,A. (2008). Ergonomía y discapacidad. Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), Valencia.
- Verdugo, M. A. (2007) Retardo mental, definición, clasificación y sistemas de apoyo, Alianza Editorial, Madrid

### **ELECTRÓNICAS:**

- Antúnez F; Balcázar C. (2008) Diagnóstico sobre Discapacidad en México. n.d./2008,<http://scm.oas.org/pdfs/2007/DIL00140s.pdf>

- Cáceres, C. (2007) *Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS*. *Auditio: Revista electrónica de audiolología*, vol. 2(3), pp. 74-77. Tomado de:

<http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>

- *Derechos de las personas con discapacidad*. (2010) *Derechos de las personas con Discapacidad*. México. Tomado de:

[http://www.cedhj.org.mx/derechos\\_humanos/cuales\\_son/discapacidad.html](http://www.cedhj.org.mx/derechos_humanos/cuales_son/discapacidad.html)

- Eldman, R. S. (2008). *Introducción a la psicología*. (4a ed.). México: McGraw-Hill.

<http://www.slideshare.net/Zelorius/discapacidad-intelectual-a>.

## **BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA**

- <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v001.htm>
- <http://www.psicoactiva.com/atlas/sistem.htm>
- <http://html.rincondelvago.com/deficiencia-visual.html>
- <http://www.mesadiscapacidad.cl/pdf/ManualCap%203.pdf>
- <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>
- <http://www.hospital-infantaelena.com/area-asistencial/area-de-enfermeria/planificacion-de-cuidados/proceso-enfermero>.
- <http://www.vicepresidencia.gob.ec/valores-mision-vision/>

# ANEXOS

## ANEXO 1

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**  
Creación: Ley No. 110 R.O. No.366 (Suplemento) 1995-07-22

**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
Creación: 11 de Enero 2008

---

Oficio No. 105-CE - 2013

La Libertad, 27 de mayo de 2013

Señora  
Eliana de Saavedra  
DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN "MELVIN JONES"  
En su despacho.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Estimada Directora, por medio de la presente solicito a usted, y, que por su intermedio la fundación, brinde las facilidades necesarias para los egresados IDROVO LAZO TAMARA Y SORIANO ARANA ELIANA, de la carrera de Enfermería. Los mismos que están realizando la investigación para el trabajo de titulación con el tema: "IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES FUNDACIÓN "MELVIN JONES" LA LIBERTAD 2012-2013

Esperando que mi petición tenga la aceptación correspondiente me suscribo de usted, no sin antes reiterarles mis sentimientos de alta consideración y estima

Atentamente,

  
Lic. Doris Castillo Tomala  
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA



  
27-05-2013.

Cc. Archivo.-

4756

## ANEXO # 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Tamara Idrovo Lazo e Iliana Soriano Arana internas de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. La meta de este estudio es **“IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES - LA LIBERTAD 2012 - 2013”**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas mediante una prueba formativa tipo test. Esto tomará aproximadamente 15 a 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y al test serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la prueba le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación

---

Firma del encuestado (a)

---

Firma del encuestador

## ANEXO # 3

### FACTIBILIDAD Y PERTINENCIA

#### FACTIBILIDAD O VIABILIDAD

**¿Es políticamente viable?**

Sí, el tema propuesto es viable porque ayudaremos a que se les brinde una mejor atención a las personas con discapacidad, mejorando su calidad de vida.

**¿Se dispone de recursos económicos, humanos y materiales?**

Si, se dispone de recursos humanos y materiales

**¿Es suficiente el tiempo previsto?**

Si es suficiente, si no se presentan complicaciones en el transcurso.

**¿Se puede lograr la participación de los sujetos u objetos necesarios para la investigación?**

Sí, socializando el proyecto a desarrollar ellos podrán brindarnos la ayuda necesaria.

**¿Es posible conducirlo con la metodología seleccionada, se la conoce, domina adecuadamente?**

Si es posible, pero la metodología no la dominamos a la perfección aún.

**¿Hay problemas éticos morales en la investigación?**

No hubo problemas, porque para realizar la investigación, nos asignaron la autorización y el permiso correspondiente.

## **ANEXO # 4**

### **PERTINENCIA, UTILIDAD Y CONVENIENCIA**

#### **¿Se podrían generalizar los hallazgos?**

Si porque vamos a obtener el resultado de la investigación.

#### **¿Qué necesidades serán satisfechas con los resultados de la investigación?**

Vamos a marcar la priorización de las necesidades de atención de enfermería a las personas con discapacidad.

#### **¿Qué prioridad tiene la solución de este problema?**

La prioridad es identificar las principales intervenciones de enfermería en el fortalecimiento de la atención al discapacitado.

#### **¿Cuál es la importancia del problema en términos de magnitud, relevancia, daños que produce, etc.?**

Es importante porque vamos a contribuir en el tipo de atención que se le está brindando a los discapacitados, para que los profesionales de la salud sepan actuar frente a las necesidades de cada uno de ellos.

#### **¿Está interesado el investigador?**

Si es de mucha importancia ya que es un compromiso para cumplir con nuestros objetivos.

#### **¿Es competente el investigador para estudiar dicho problema?**

Sí, siempre y cuando no haya obstáculos en el camino

**ANEXO # 5**

**INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**ENCUESTA PARA TOMA DE DATOS.**

**OBJETIVO:** Obtener datos sobre el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de la salud y maestros sobre los cuidados específicos que se les debe brindar a las personas con discapacidad para el mantenimiento de su salud.

Fecha: \_\_\_\_\_

Encuesta # \_\_\_\_\_

**Datos de identificación:**

Sexo: M  F

Edad: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación actual:

Si  especifique \_\_\_\_\_

**Marque con una X la respuesta que usted considere correcta:**

**CONOCIMIENTOS.-**

1.- ¿Para usted que es una discapacidad?

Una limitación

Un problema de salud

Deficiencia local

2.- ¿Sabe usted cuáles son las principales acciones que deben realizarse a las personas discapacitadas antes de iniciar una terapia?

✓ Explicar las actividades a realizarse

✓ Controlar los signos vitales

✓ Descansar por un período de 10 minutos

✓ No sabe

3.- Existe coordinación con otras instituciones para la atención de personas con discapacidades?

**Si**

**No sabe**

4.- ¿Cree usted que la falta de eficiencia de la rehabilitación se da por:

Incumplimiento del cronograma de terapias

Terapias no acorde al tipo de discapacidad

No sabe

5.- ¿Con qué frecuencia realizan seminarios-talleres de capacitación para actualizar conocimientos sobre los cuidados a los discapacitados?

Una vez al mes

Dos veces al año

Una vez al año

Rara vez

**PROBLEMAS DE SALUD**

6.- ¿Tiene conocimiento que la interacción de los medicamentos produce caries?

**Si**

**No sabe**

7.- ¿Sabe usted como se producen las úlceras por decúbito?

Ausencia de cambios posturales

Falta de higiene

No sabe

8.- ¿Los problemas de deglución de alimentos o medicamentos en las personas con discapacidad tienden a producirse por:

Posición inadecuada

Depende de la cantidad

No sabe

9.- Conoce usted las principales manifestaciones de la fiebre?

**Si conoce**

**No conoce**

10.- ¿Identifica cuáles son las manifestaciones clínicas de las crisis convulsivas?

**Si**

**No sabe**

**INTERENCIONES DE ENFERMERIA.-**

11.- ¿Tiene conocimiento usted cada qué tiempo se realizan los cambios posturales?

✓ Cada día

✓ Cada 8 horas

✓ Dos veces al día

✓ Cada dos horas

12.- ¿Sabía usted que la combinación de medicamentos puede causar efectos secundarios y complicar el estado de salud de una persona?

**Sí**

**No**

13.- ¿Sabe usted cuales son los valores normales de la temperatura corporal?

✓ 37° C

✓ 38° C

✓ 39° C

✓ 40° C

14.- ¿Conoce usted que se debe hacer ante una crisis convulsiva?

✓ Retirar la dentadura postiza

✓ Desabrochar prendas ajustadas

✓ Sostener la cabeza para evitar traumas

15.- ¿Conoce usted la posición adecuada para administrar la medicación o alimentación, y evitar una bronco-aspiración?

✓ Decúbito dorsal

✓ Fowler

✓ Semifowler

### INSTITUCIONAL

16.- ¿Con qué frecuencia se realizan las terapias en esta Institución?

Cada semana   
Cada 15 días   
Una vez al mes

17.- Acorde a las terapias realizadas, usted como profesional realiza el seguimiento de las mismas?

Si realiza   
No realiza

18.- ¿Cuáles son las terapias que se realizan con mayor frecuencia en esta Institución?

Discapacidad física   
Discapacidad intelectual   
Discapacidad visual   
Discapacidad auditiva

19.- Está de acuerdo en incluir en sus planificaciones las intervenciones de Enfermería que debe ejecutarse a los discapacitados?

Está de acuerdo

No está de acuerdo

ANEXO # 6

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA															
N	MES/DIA ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES													
		MAYC	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENER	FEBR	MARZ	ABRIL	MAY	JUNI
		2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013
1	Elaboración y presentación primer borrador	→	→	→	→										
2	Elaboración y presentación segundo borrado					→	→								
3	Elaboración y presentación tercer borrador							→	→						
4	Reajuste, elaboración y borrador a limpio									→	→				
5	Entrega para la revisión										→	→			
6	Elaboración de la encuesta												→		
7	Ejecución de las encuestas										→	→			
8	Procesamiento de la Información												→		
9	Resultado												→		
10	Análisis e interpretación de datos												→		
11	Conclusión y recomendación										→	→			
12	Entrega para la revisión												→		
13	Entrega para la revisión total												→		
14	Entrega del informe final													→	
15	Sustentación de la Tesis														→

**ANEXO # 7**

**PRESUPUESTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

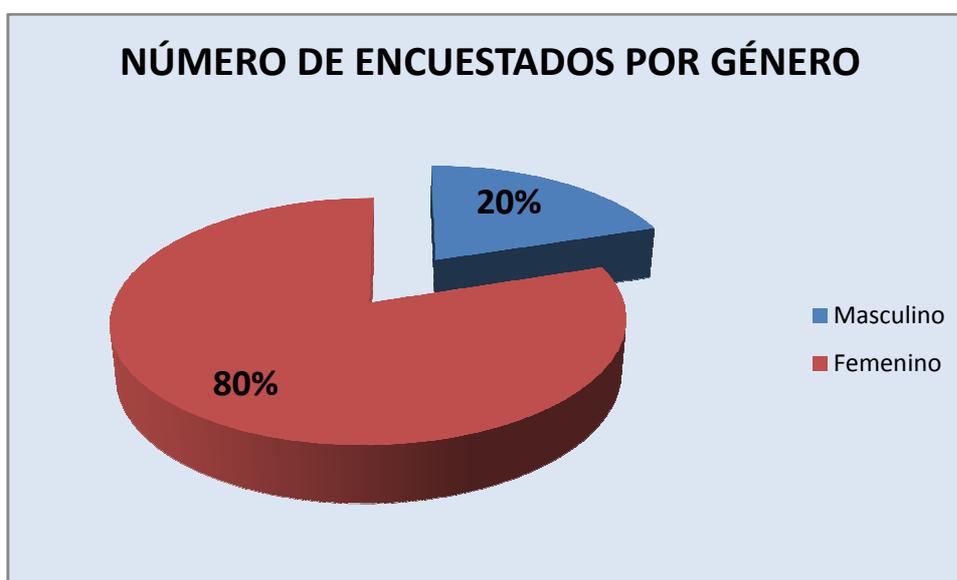
CANTIDAD	RECURSOS	RUBROS	
	ACTIVIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
100	Transporte	2,00	200,00
30	Transporte Guayaquil	12,00	360,00
4	Resma de hojas	3,75	15,00
2	Cuadernos	1,50	3,00
5	Carpetas plásticas	0,70	3,50
700	Fotocopias	0,02	14,00
2500	Impresiones	0,10	25,00
3	CD	1,00	3,00
5	Empastado	15,00	75,00
100	Almuerzos	1,50	150,00
300	Horas de internet	0,80	240,00
5	Anillados	1,00	5,00
10	Material de escritorio	30,00	30,00
	Imprevistos	85,00	85,00
1	Gramatologo	60,00	60,00
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 1248,50</b>

## ANEXO # 8

### CUADRO Y GRÁFICO # 1

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO.

ENCUESTADOS POR GÉNERO		
PARAMETRO	TOTAL	%
Masculino	4	20%
Femenino	16	80%
TOTAL	20	100%



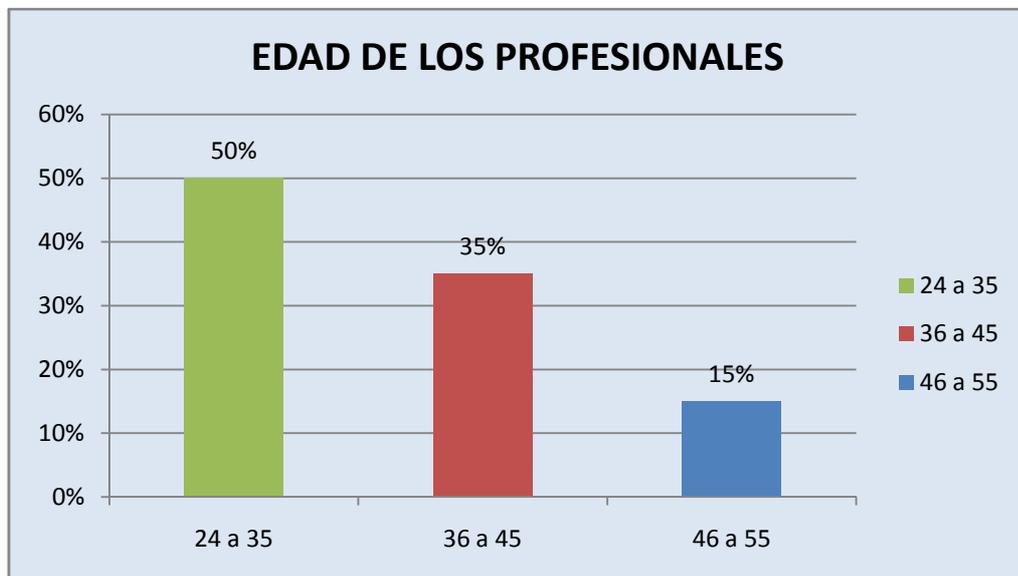
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Como podemos observar en el gráfico estadístico que de la totalidad de la muestra encuestada el 80 % es de género femenino y el 20% de género masculino.

## CUADRO Y GRÁFICO # 2

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EDAD.

Edad		
PARÁMETRO	TOTAL	%
24 a 35	10	50%
36 a 45	7	35%
46 a 55	3	15%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

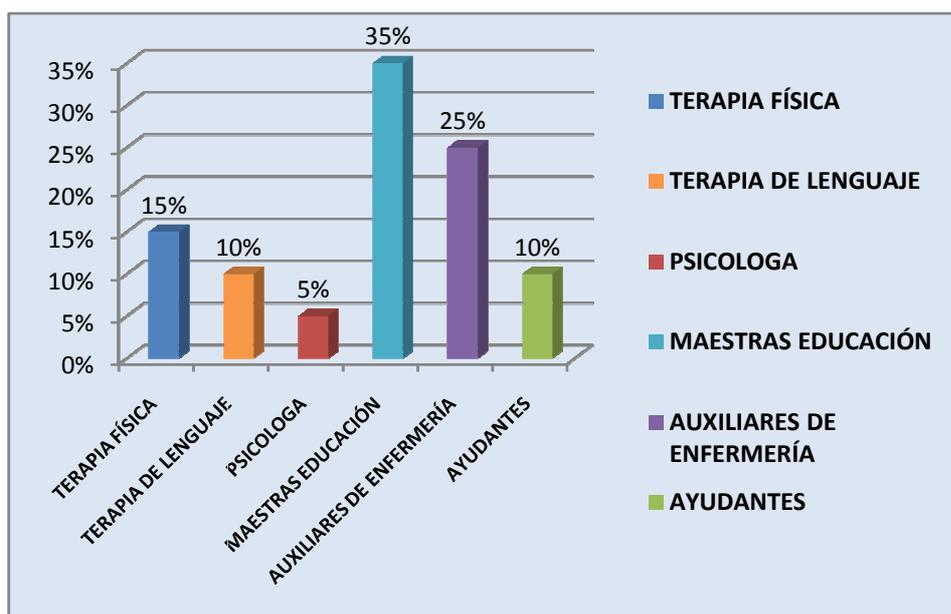
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

La muestra de estudio es de 20 profesionales, podemos decir que el 50% corresponde a edades entre 24 -35 años, seguido de 35% que corresponde a edades entre 36-45 años y el 15 % corresponde a edades de 46 a 55 años.

### CUADRO Y GRÁFICO # 3

#### DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OCUPACIÓN

PARAMETROS	TOTAL	%
TERAPIA FÍSICA	3	15%
TERAPIA DE LENGUAJE	2	10%
PSICOLOGA	1	5%
MAESTRAS EDUCACIÓN	7	35%
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	5	25%
AYUDANTES	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

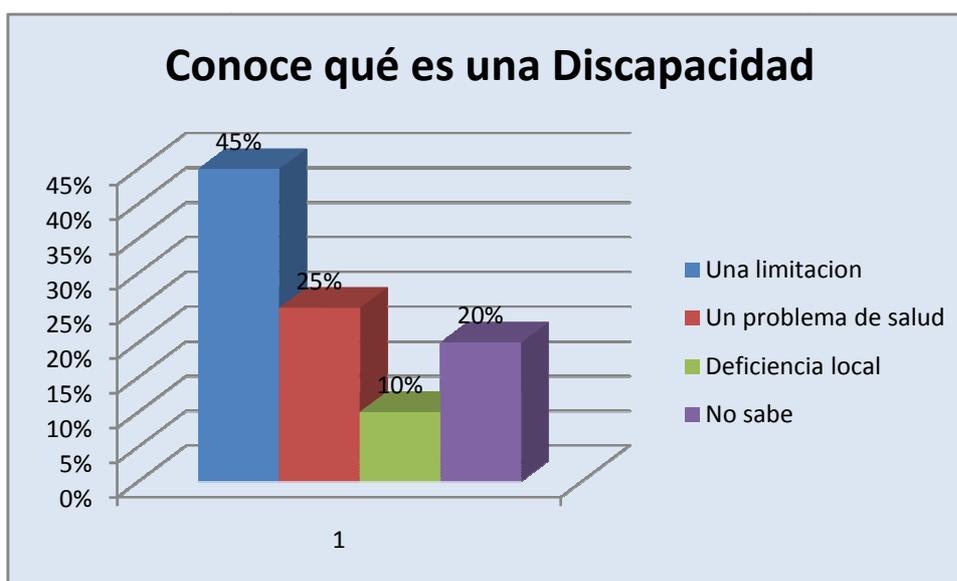
**Elaborado por:** Idrovo T.- Soriano I.

De la totalidad de la muestra encuestada podemos observar que de los profesionales y de las personas que laboran en la fundación Melvin Jones tenemos que el 35% son maestros de educación, seguido del 25 % que son auxiliares de enfermería y el 10 entre ayudantes y terapia de lenguaje.

#### CUADRO Y GRÁFICO # 4

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCE USTED QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD.

QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD		
PARÁMETROS	TOTAL	%
Una limitación	9	45%
Un problema de salud	5	25%
Deficiencia local	2	10%
No sabe	4	20%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

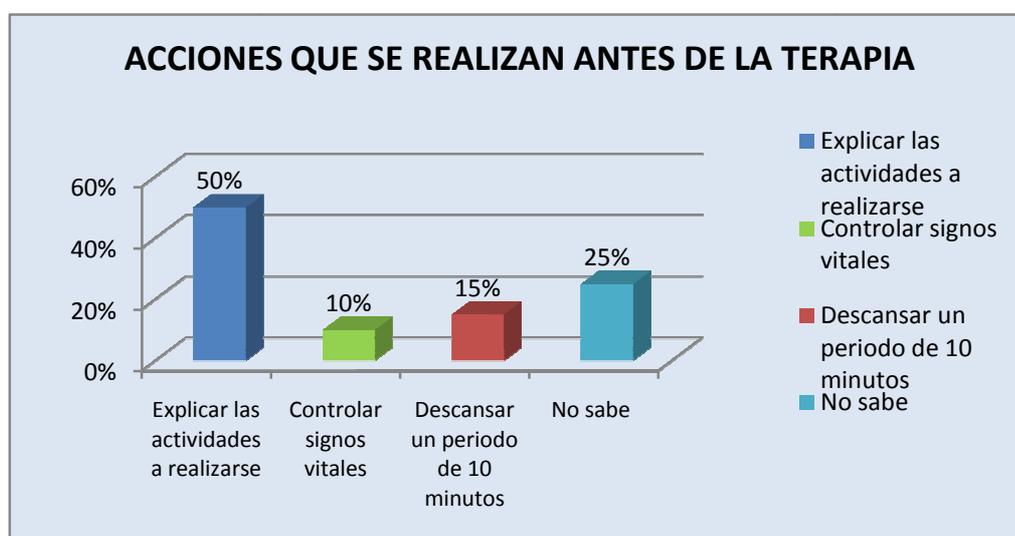
**Elaborado por:** Idrovo T.- Soriano I.

De la totalidad de la muestra encuestada el 45% conoce que la discapacidad es una limitación, seguido del 25% respondió que es un problema de salud, y el 10% de los encuestados respondió que es una deficiencia local.

### CUADRO Y GRÁFICO # 5

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PRINCIPALES ACCIONES QUE SE DEBEN REALIZAR A LOS DISCAPACITADOS ANTES DE INICIAR LA TERAPIA

ACCIONES QUE SE REALIZAN ANTES DE LA TERAPIA		
PARÁMETROS	TOTAL	%
Explicar las actividades a realizarse	10	50%
Controlar signos vitales	2	10%
Descansar un periodo de 10 minutos	3	15%
No sabe	5	25%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

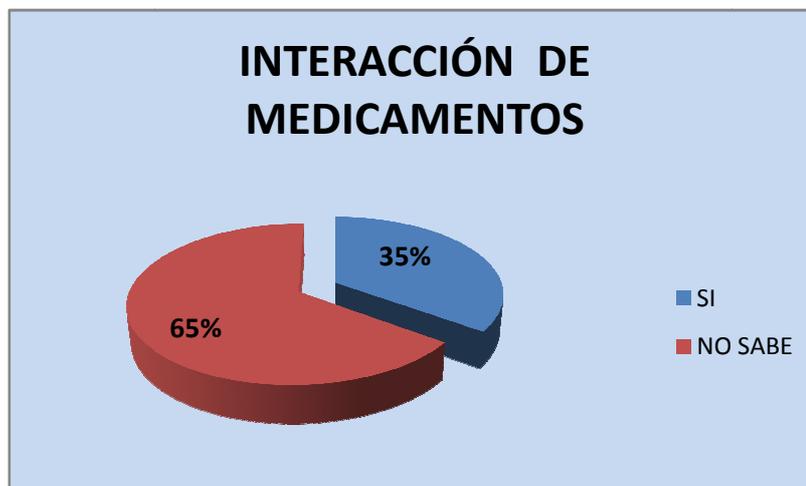
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Según los resultados obtenidos tenemos que los encuestados respondieron lo siguiente: el 50% explican las actividades a realizarse, seguido del 25% no sabe, y el 10% controlar signos vitales.

## CUADRO Y GRÁFICO # 6

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL TIENE CONOCIMIENTO DE QUE PRODUCE LA INTERACCION DE MEDICAMENTOS

INTERACCION DE MEDICAMENTOS		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI	7	35%
NO SABE	13	65%
TOTAL	20	100%



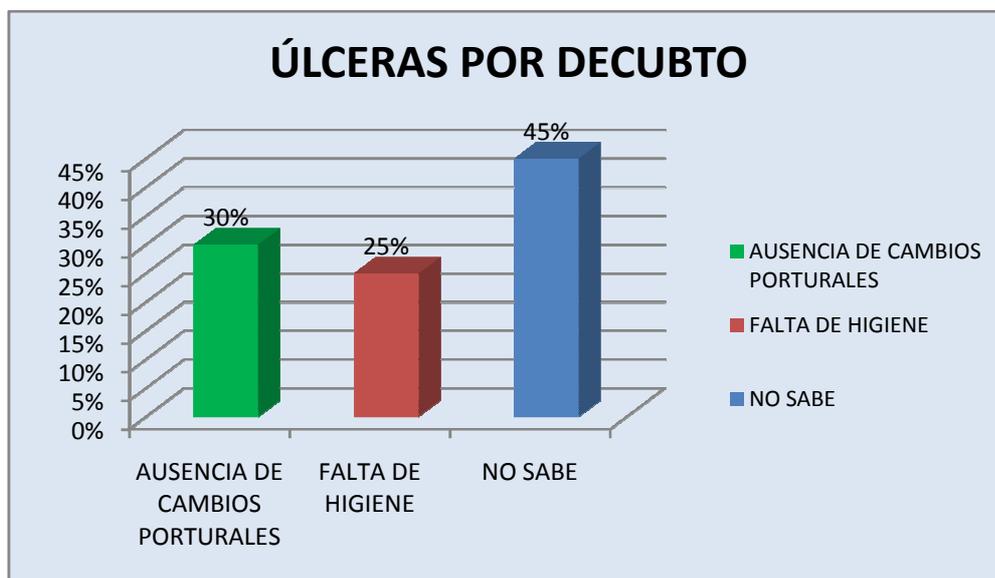
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

De la totalidad de los encuestados podemos demostrar que el 35 % respondió que si conoce de la interacción de medicamentos, seguido del 65% respondió que no sabe acerca de la interacción de medicamentos.

## CUADRO Y GRÁFICO # 7

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SABE USTED COMO SE PRODUCEN LAS ÚLCERAS POR DECUBITO.

ÚLCERAS POR DECUBITO		
PARÁMETROS	TOTAL	%
AUSENCIA DE CAMBIOS PORTURALES	6	30%
FALTA DE HIGIENE	5	25%
NO SABE	9	45%
TOTAL	20	100%



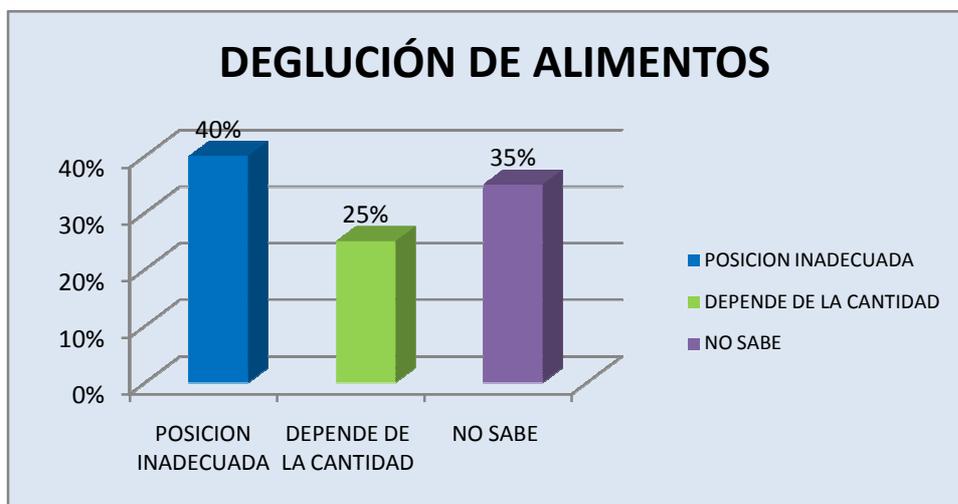
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Al ejecutar la encuesta a los profesionales sobre cómo se producen las úlceras por decúbito, se obtuvo que un 45 % que no sabe, seguido del 30% manifiesta por ausencia de cambios posturales y el 23% por falta de higiene.

## CUADRO Y GRÁFICO # 8

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PORQUE SE DA EL PROBLEMA DE DEGLUCION DE ALIMENTOS O MEDICAMENTOS.

DEGLUCION DE ALIMENTOS		
PARÁMETROS	TOTAL	%
POSICIÓN INADECUADA	8	40%
DEPENDE DE LA CANTIDAD	5	25%
NO SABE	7	35%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Como podemos observar en el gráfico según la información obtenida tenemos que el 40% de los encuestados respondió por posición inadecuada, seguido del 35% manifestó que no sabe, y el 25% que depende de la cantidad ingerida.

### CUADRO Y GRÁFICO # 9

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCE USTED CUALES SON LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA FIEBRE.

CONOCE LAS MANIFESTACIONES DE LA FIEBRE		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI CONOCE	7	35%
NO CONOCE	13	65%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

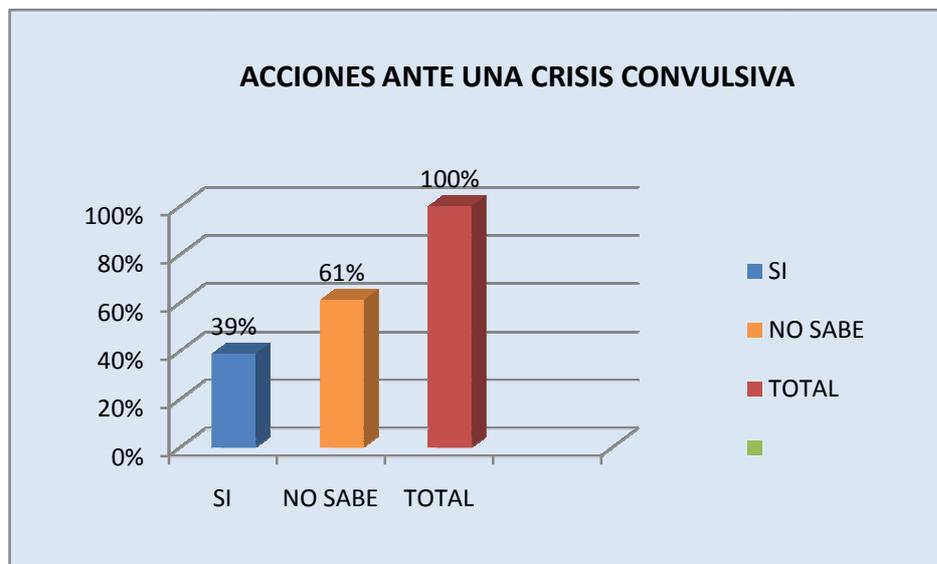
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Como podemos observar en el grafico en cuanto si conoce las manifestaciones de la fiebre contestaron el 65% no conoce mientras que el 35% si conoce las manifestaciones.

### CUADRO Y GRÁFICO # 10

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCE USTED LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE CRISIS CONVULSIVAS		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI	7	39%
NO SABE	11	61%
TOTAL	20	100%



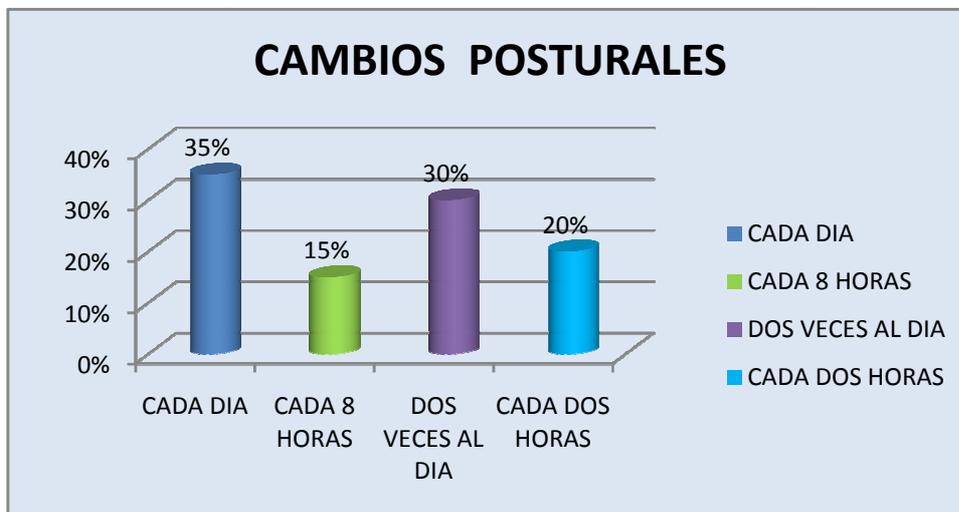
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

En relación a los resultados que observamos, las personas encuestadas manifestaron acerca de las acciones que se deben realizar ante una crisis convulsivas respondieron el 39% si sabe, y el 61% respondió que no sabe.

## CUADRO Y GRÁFICO # 11

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL TIENE USTED CONOCIMIENTO CADA QUE TIEMPO SE REALIZAN LOS CAMBIOS POSTURALES.

CAMBIOS POSTURALES		
PARÁMETROS	TOTAL	%
CADA DIA	7	35%
CADA 8 HORAS	3	15%
DOS VECES AL DIA	6	30%
CADA DOS HORAS	4	20%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

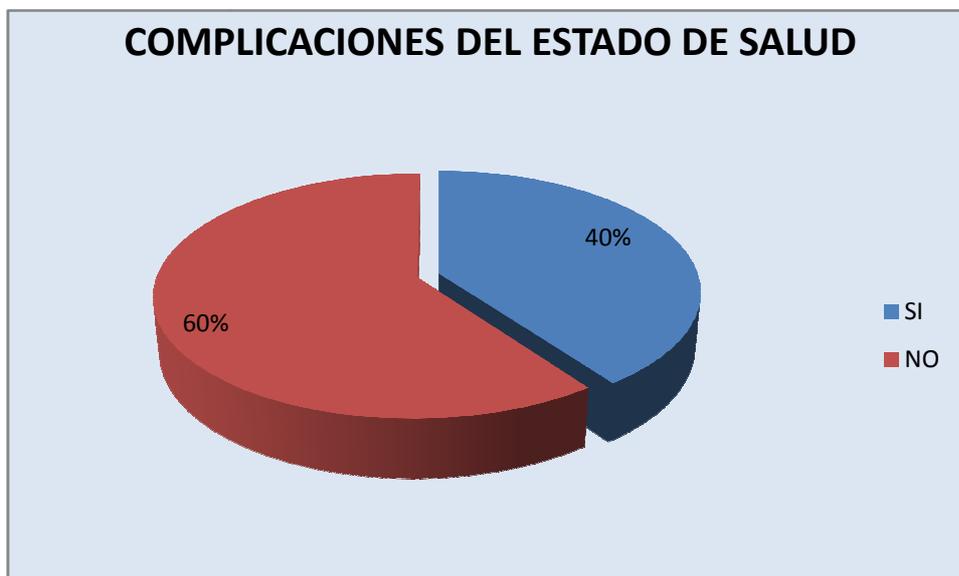
**Elaborado por:** Idrovo T. -Soriano I.

Como observamos en el gráfico las personas encuestadas respondieron el 35% manifiesta que los cambios posturales se los debe realizar cada día, seguido del 30% manifiesta 2 veces al día, y el 15% responde cada 8 horas.

## CUADRO Y GRÁFICO # 12

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SABÍA USTED QUE LA COMBINACIÓN DE MEDICAMENTOS CAUSA EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICA EL ESTADO DE SALUD**

COMPLICACIONES DEL ESTADO DE SALUD		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI	8	40%
NO SABE	12	60%
TOTAL	20	100%



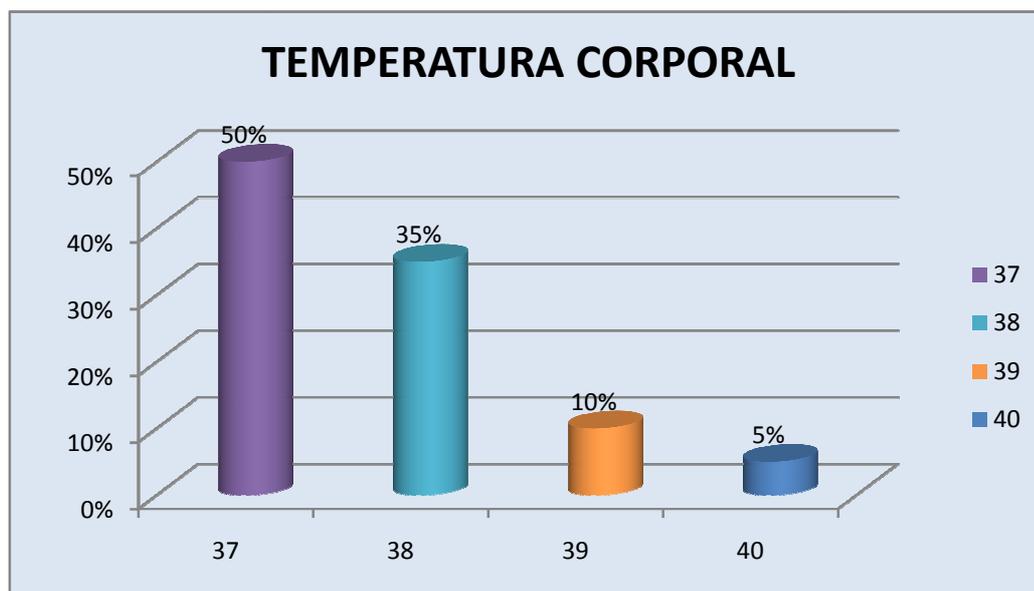
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Del total de personas encuestadas tenemos que el 60% respondió que no conoce que la combinación de medicamentos cause complicaciones en el estado de salud mientras el 40% manifiesta que si conoce.

### CUADRO Y GRAFICO # 13

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SABÍA USTED CUALES SON LOS VALORES NORMALES DE LA TEMPRATURA COPORAL

TEMPERATURA CORPORAL		
PARÁMETROS	TOTAL	%
37° C	10	50%
38° C	7	35%
39° C	2	10%
40° C	1	5%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

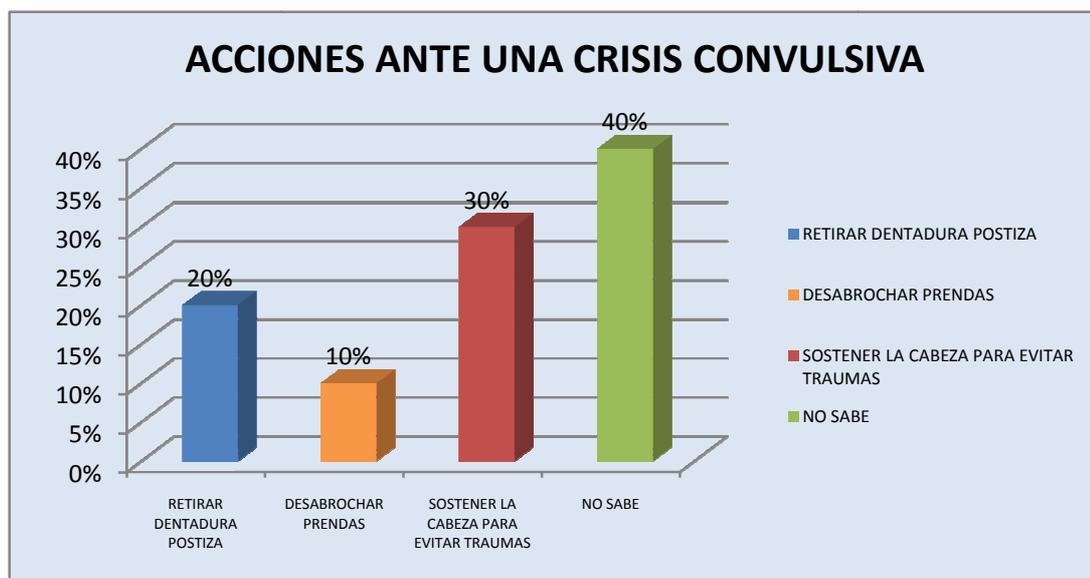
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

Como podemos observar en el gráfico las personas encuestadas respondieron sobre los valores normales de la temperatura corporal el 50% respondió 37° C, seguido del 33% que respondió 38° C, y el 5% respondió 40°C.

## CUADRO Y GRÁFICO # 14

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCE USTED QUÉ SE DEBE HACER ANTE UNA CRISIS CONVUSIVA.

ACCIONES ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA		
PARÁMETROS	TOTAL	%
RETIRAR DENTADURA POSTIZA	4	20%
DESABROCHAR PRENDAS	2	10%
SOSTENER LA CABEZA PARA EVITAR TRAUMAS	6	30%
NO SABE	8	40%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

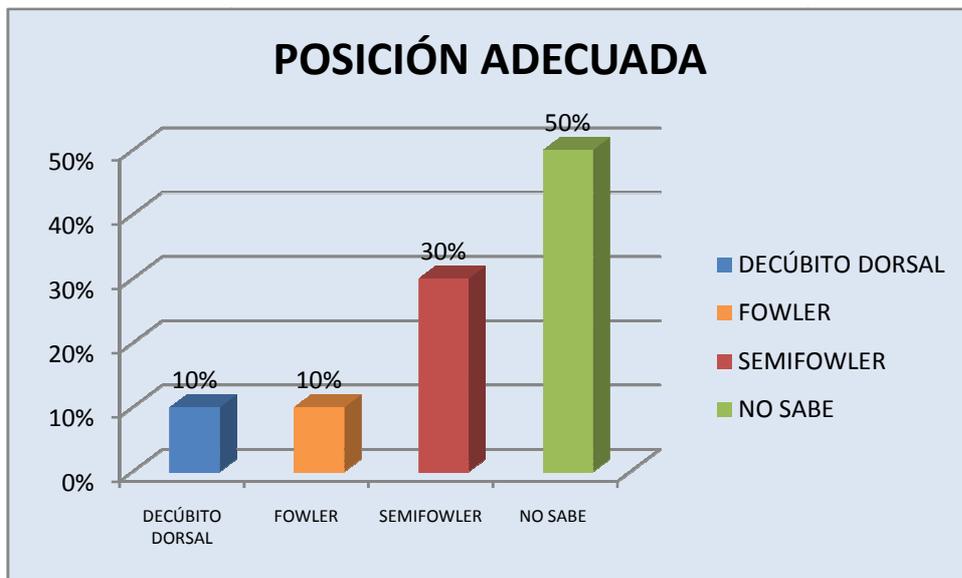
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Los resultados obtenidos sobre qué acciones debe realizar ante una crisis convulsiva respondieron: el 40% no sabe, seguido del 30% sostenerle la cabeza para evitar traumas, y el 10% desabrochar prendas ajustadas.

### CUADRO Y GRÁFICO # 15

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCE USTED CUAL ES LA POSICIÓN ADECUADA PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN O ALIMENTACIÓN PARA EVITAR BRONCO-ASPIRACIÓN

POSICIÓN ADECUADA		
PARÁMETROS	TOTAL	%
DECÚBITO DORSAL	2	10%
FOWLER	2	10%
SEMIFOWLER	6	30%
NO SABE	10	50%
TOTAL	20	100%

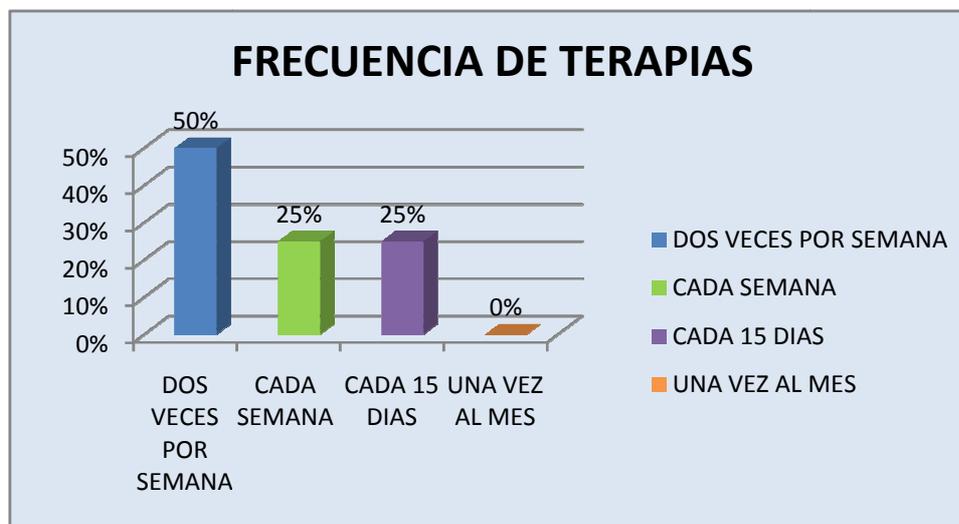


**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Según los resultados obtenidos de las personas acerca de los tipos de posiciones, respondieron el 50% no sabe cuál es la posición adecuada, seguido del 30% respondió semifowler y el 10% en decúbito dorsal.

**CUADRO Y GRÁFICO # 16**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CON QUE FRECUENCIA SE**  
**REALIZAN LAS TERAPIAS EN ESTA INSTITUCIÓN.**

<b>FRECUENCIA DE TERAPIAS</b>		
<b>PARÁMETROS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
DOS VECES POR SEMANA	10	50%
CADA SEMANA	5	25%
CADA 15 DIAS	5	25%
UNA VEZ AL MES	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



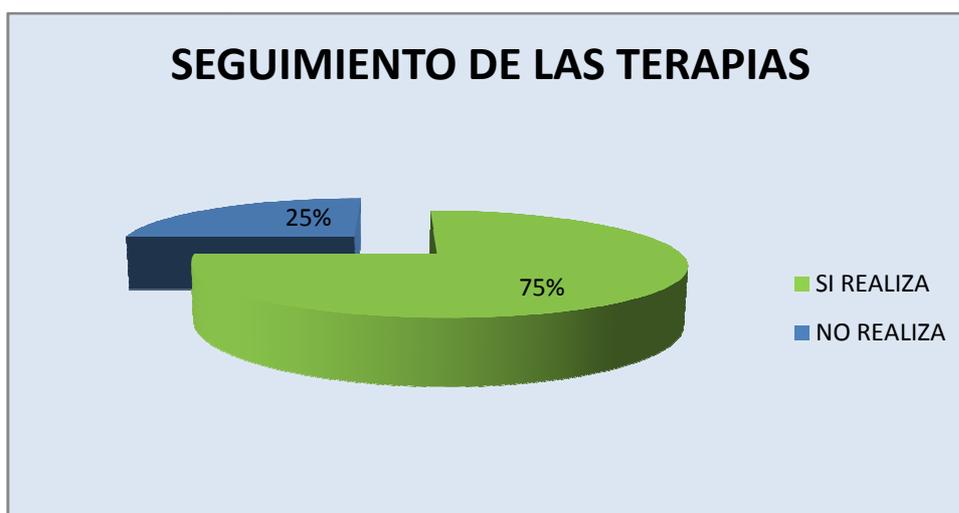
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

Según la información obtenida tenemos sobre la frecuencia en que se realizan las terapias tenemos que el 50% manifiesta que se realizan 2 veces por semana, seguida del 25% que manifiestan cada semana y el 0% respondió una vez al mes.

### CUADRO Y GRÁFICO # 17

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACORDE A LAS TERAPIAS REALIZADAS USTED COMO PROFESIONAL REALIZA EL SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS.

SEGUIMIENTO DE LAS TERAPIAS		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI REALIZA	15	75%
NO REALIZA	5	25%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

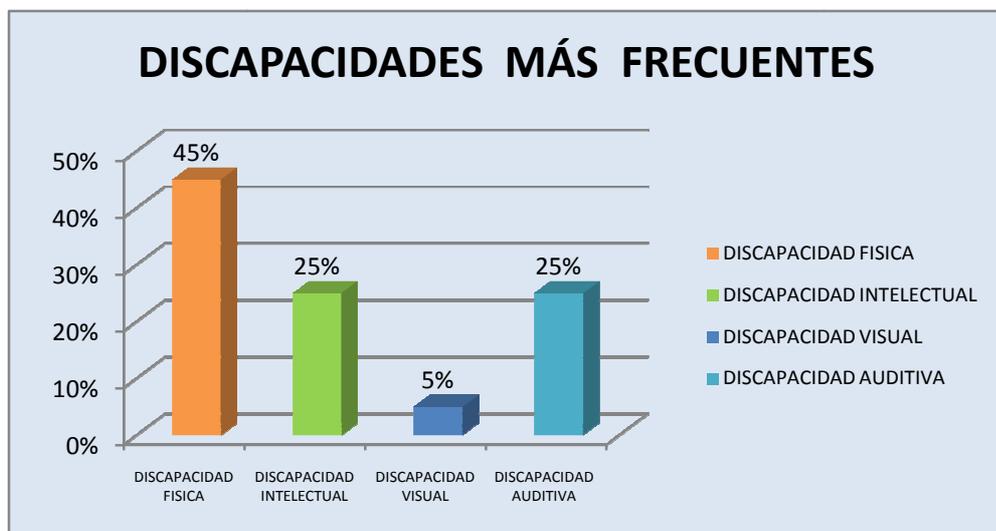
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

Según los resultados contenidos de la encuesta realizada tenemos: que el 75% manifiesta que si realiza el seguimiento de las terapias realizadas, mientras que el 25% manifiesta que no.

## CUADRO Y GRÁFICO # 18

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CUALES SON LAS DISCAPACIDADES QUE SE ATIENDEN CON MÁS FRECUENCIA EN ESTA INSTITUCIÓN.**

DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES		
PARÁMETROS	TOTAL	%
DISCAPACIDAD FÍSICA	9	45%
DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	5	25%
DISCAPACIDAD VISUAL	1	5%
DISCAPACIDAD AUDITIVA	5	25%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

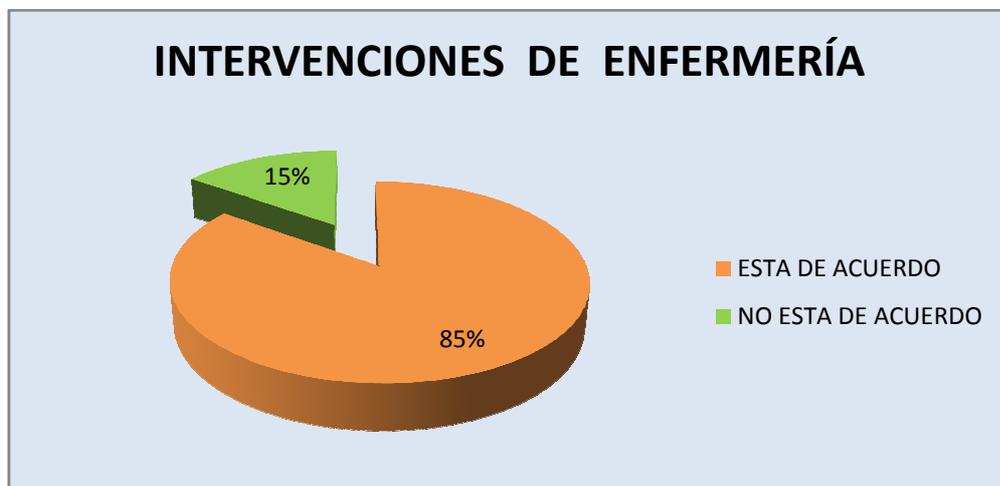
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

Según los resultados obtenidos de las personas encuestadas tenemos el 45% respondió discapacidad física, seguido del 25% discapacidad intelectual y el 5% respondió discapacidad visual.

### CUADRO Y GRÁFICO # 19

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ESTA DE ACUERDO EN INCLUIR EN SU PLANIFICACIÓN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA QUE DEBEN EJECUTARSE A LOS DISCAPACITADOS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		
PARÁMETROS	TOTAL	%
ESTA DE ACUERDO	17	85%
NO ESTA DE ACUERDO	3	15%
TOTAL	20	100%



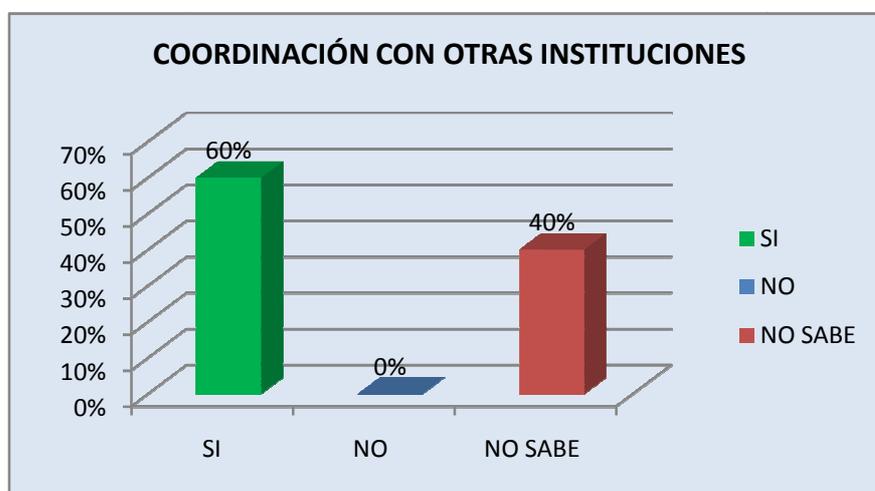
**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones  
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Según los resultados obtenidos del personal de salud en si está de acuerdo o no de incluir en su planificación las intervenciones de enfermería ellos manifestaron el 85% están de acuerdo mientras que el 25 % no está de acuerdo.

## CUADRO Y GRÁFICO # 20

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EXISTE COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES		
PARÁMETROS	TOTAL	%
SI	12	60%
NO SABE	8	40%
TOTAL	20	100%



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

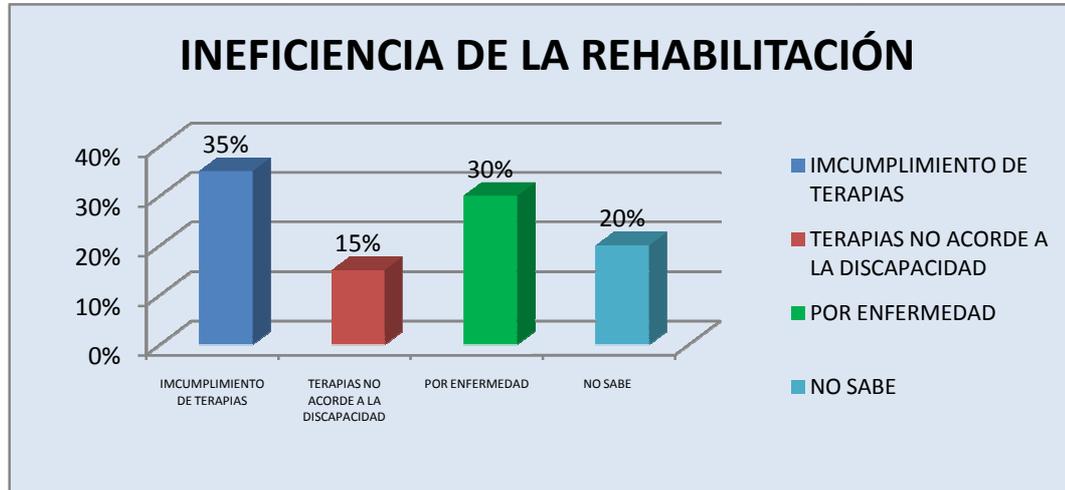
**Elaborado por:** Idrovo T. - Soriano I.

Según los resultados obtenidos tenemos que el 60% manifiesta que si existe coordinación con otras instituciones de salud, y el 40% manifiesta que no sabe.

## CUADRO Y GRÁFICO # 21

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CREE USTED QUE LA INEFICACIA DE LA REHABILITACIÓN SE DA POR:

<b>INEFICIENCIA DE LA REHABILITACIÓN</b>		
PARÁMETROS	TOTAL	%
INCUMPLIMIENTO DE TERAPIAS	7	35%
TERAPIAS NO ACORDE A LA DISCAPACIDAD	3	15%
POR ENFERMEDAD	6	30%
NO SABE	4	20%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

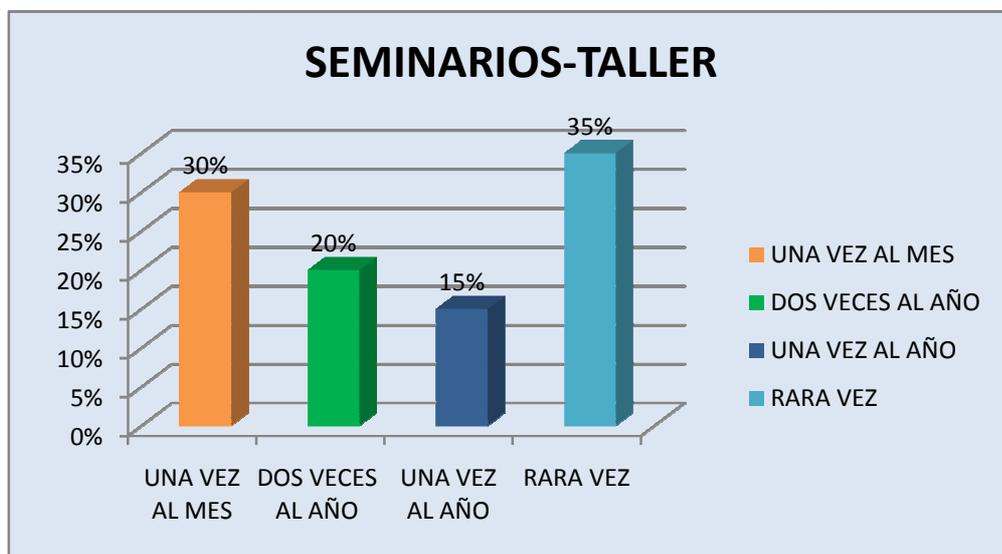
**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

En la encuesta realizada podemos determinar que la ineficiencia de la rehabilitación depende de, el 35% responde por incumplimiento de las terapias, seguido del 30% por enfermedad, y el 15% terapias no acorde a la discapacidad

## CUADRO Y GRÁFICO # 22

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CON QUE FRECUENCIA SE REALIZAN SEMINARIOS-TALLERES EN SU INSTITUCIÓN.**

<b>SEMINARIOS TALLER</b>		
<b>PARÁMETROS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
UNA VEZ AL MES	6	30%
DOS VECES AL AÑO	4	20%
UNA VEZ AL AÑO	3	15%
RARA VEZ	7	35%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Profesionales de la salud de la Fundación Melvin Jones

**Elaborado por:** Idrovo T. – Soriano I.

Según la encuesta realizada tenemos los siguientes resultados; el 35% manifiesta que rara vez, seguido del 30% responde una vez al mes, y el 15% manifiesta que se realizan una vez al año.

**ANEXO # 9**

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**

**FUNDACIÓN “MELVIN JONES”**









## **GLOSARIO**

### **ACCIONES**

Las acciones Enfatizan el aspecto preventivo de la salud.

### **ACEPTACIÓN**

Acción de tratar de igual forma a todas las personas con y sin discapacidad.

### **CALIDAD DE VIDA**

Satisfacción personal que se tiene con las condiciones de vida. Para cada persona con y sin discapacidad tener una calidad de vida no solo es un deseo sino un reto.

### **DEFICIENCIAS:**

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

### **DISCRIMINACIÓN:**

Es cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

### **EQUIDAD**

Disposición natural de justicia e igualdad para las personas con y sin discapacidad.

### **FORTALECIMIENTO**

El fortalecimiento de redes de salud es considerado como eje fundamental para contribuir a mejorar el estado de salud de la población en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

### **INCLUSIÓN LABORAL:**

Garantizar la plena participación de los trabajadores con discapacidad para trabajar en igualdad de condiciones con los demás, en un universo abierto donde la sociedad debe facilitar y flexibilizar las oportunidades en un ambiente propicio para el desarrollo físico, emocional e intelectual.

### **INTEGRACIÓN**

Acceso en términos de igualdad a las oportunidades, goce de derechos y cumplimiento de obligaciones. La integración comienza con el reconocimiento de aquello que nos hace iguales y que podemos compartir por encima de las diferencias

### **REHABILITACIÓN:**

Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independiente.

### **RESTRICCIONES A LA PARTICIPACIÓN:**

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales

### **SOCIEDAD**

Agrupación natural de personas, que constituyen unidad y aceptación de todas las personas con y sin discapacidad, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida. La sociedad está bien estructurada cuando reconoce y aprecia las diferencias

### **VIDA INDEPENDIENTE:**

Es una filosofía y un movimiento de personas con discapacidad, basado en el derecho a vivir en la comunidad, incluyendo la autodeterminación, igualdad de oportunidades y auto-respeto

# PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIAL Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROPUESTA GUIA DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE  
ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO  
DE LA ATENCIÓN A PERSONAS  
DISCAPACITADAS.**

**AUTORAS:  
IDROVO LAZO TAMARA ANDREA  
SORIANO ARANA ILIANA BUENDIA**

**TUTORA:  
Lic. CARMEN BAILON MUÑOZ, MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2013**

## **PROPUESTA**

### **ANTECEDENTES**

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera. En la Provincia de Santa Elena según datos obtenidos del Concejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), esta comunidad tiene un total de 7727 personas con discapacidades.

Valiéndonos de la investigación realizada, determinando la necesidad de intervenciones de enfermería podemos decir que los profesionales en las diferentes ramas que laboran en esta Institución, tienen un déficit de conocimientos en cuanto a las principales acciones o cuidados que se les debe brindar a este grupo vulnerable de personas, ya que debemos tomar en cuenta que ellos necesitan una tipo de atención especializada, la misma que debe ser brindada con eficiencia y eficacia con el único objetivo de recuperar la salud de estos individuos, para que sean reinsertados a las sociedad como personas normales que puedan desenvolverse en el entorno, tanto en el ámbito educativo, laboral y social, ejerciendo como todos los ciudadanos sus deberes y derechos.

Los resultados obtenidos de esta investigación indican que los profesionales conocen que es una discapacidad del cien por ciento, el 45 % es una limitación, en cuanto a problemas de salud como se manifiestan las úlceras por presión el 40% no sabe, cada qué tiempo se realizan los cambios de posiciones el 35% cada día, que hacer frente una crisis convulsiva 40% no sabe, con lo que se pretende lograr un cambio en la atención que se les brinda a los discapacitados de esta Institución, priorizando y fortaleciendo la calidad, atención y de esta manera mejorar su calidad de vida

Para ello hemos realizado una “Guía de cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención a personas con discapacidades que acuden a la Fundación “Melvin Jones” del Cantón La Libertad”., guía que será de gran utilidad ya que les permitirá llevar a cabo acciones que van a complementar el accionar del equipo multidisciplinario fortaleciendo la calidad de atención que se les debe brindar, promoviendo una mejor calidad de vida y fomentado su autonomía

## **MARCO INSTITUCIONAL**

La Fundación “Melvin Jones”, situada en el barrio 28 de Mayo junto a la Escuela Gladys Peet de Arosemena del cantón La Libertad, que es un es el lugar donde se ejecutara la propuesta “Guía de cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención a personas con discapacidades de la Fundación “Melvin Jones” del Cantón La Libertad”, cuanta con un grupo de 30 profesionales que realizan sus funciones en las diferentes ramas y áreas, donde se proporciona rehabilitación en cuanto a terapias física, terapias de lenguaje, etc.

Considerando la problemática que representa en la actualidad el tipo de atención en cuanto a salud que se les eta brindando a los discapacitados que no está acorde a las necesidades que ellos requieren, y por ende representa una desventaja considerable en sus proceso de recuperación, existe un déficit de conocimientos en cuanto a cuidados o acciones que se deben realizar a estar personas cuando hay una alteración de su salud, ya que esto conlleva a causar complicaciones en su estado de salud, razón por la cual hemos elaborado una guía de cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención a personas con discapacidad.

## ANALISIS FODA

<b>INTERNAS</b>	<b>EXTERNAS</b>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de la salud capacitados en servicio social y humano.</li> <li>• Infraestructura acorde a las necesidades de los usuarios.</li> <li>• Convenios con centros hospitalarios para la atención de los usuarios.</li> <li>• Atención basada en valores como el respeto la integridad y el afecto hacia el usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de adquisición de recursos por medio del Gobierno actual.</li> <li>• Coordinación con los Hospitales Públicos para que atiendan las necesidades de los discapacitados.</li> <li>• Convenio con la Fundación Manuela Espejo para el control mensual de la salud integral de los discapacitados.</li> <li>• Capacitación al personal por parte de entidades gubernamentales.</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altos costos en la adquisición de equipamiento y recursos.</li> <li>• Falta de recursos para la implementación de talento humano capacitado.</li> <li>• Falta de capacitación al personal que labora en la fundación.</li> <li>• Difícil sostenibilidad de las ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuestos limitados.</li> <li>• Falta de monitoreo y seguimiento del personal en sus actividades.</li> <li>• Falta de personal de Enfermería capacitado para ejecutar acciones de cuidados a los discapacitados.</li> <li>• Disminución del número de personas discapacitadas que acuden a la fundación por falta de recursos.</li> </ul>

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Implementar una guía de cuidados específicos de Enfermería para el fortalecimiento de la atención de personas con discapacidad de la Fundación “Melvin Jones” de La Libertad – 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Realizar una guía de cuidados específicos de enfermería para el fortalecimiento de la atención a personas con discapacidad, dirigida a los profesionales de la salud de la Fundación “Melvin Jones”.
- Comprender la importancia de mantener a la persona discapacitada en las mejores condiciones posibles, fortaleciendo su calidad de vida.
- Optimizar los conocimientos sobre las principales intervenciones que se deben realizar a las personas con discapacidades.

## **BENEFICIARIOS**

### **DIRECTOS**

Personas con discapacidades que asisten a la Fundación “Melvin Jones”.

### **INDIRECTOS**

Profesionales de la Fundación “Melvin Jones”

## PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo está de acuerdo a una estructura lógica, en base a los objetivos que nos permitirán desarrollarlo de la mejor manera:

- Dar a conocer a las autoridades sobre el estudio realizado.
- Socializar a los directivos la finalidad de la Guía de cuidados específicos de Enfermería.
- Presentación de la propuesta a las autoridades, para su aceptación y aprobación.
- Relacionarnos la eficiencia de la propuesta en el mejoramiento de la calidad de vida de los discapacitados.
- Involucrar a los profesionales de la salud que laboran dentro de la institución para que ejecuten la propuesta, que serán en beneficio de las personas con discapacidades para el fortalecimiento de la calidad de atención.

## PRESUPUESTO

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL \$
Materiales de oficina	Hojas para impresiones	1500	0.25	375.00
	Impresiones	1500	0.60	900.00
	Cyber	150 horas	0.50	75.00
<b>Total</b>				<b>\$ 1.350.00</b>

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Fechas por mes											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
Revisión bibliográfica de los temas y subtemas												
Diseñar una guía de cuidados específicos de enfermería para la atención del discapacitado.												
Difusión y aprobación de la guía por parte de la Universidad												
IMPLEMENTAR LA GUIA DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN												
MODULO:1 SIGNOS VITALES PULSO PRESION ARTERIAL RESPOIRACION TEMPRATURA												
MODULO: 2 CAMBIOS POSTURALES												
MODULO :3 ACCIONES FRENTE A P`ROBLEMAS DE SALUD												
MODULO :4 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS												

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alfonso Babarro A, Garrido Barral A, Diaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. (2006). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*;33(2):61-68.

Bazo M, y Dominguez C. (2008). Los cuidados familiares de salud en las personas discapacitadas y las políticas familiares. Monográfico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.

Bulechek G, Butcher H, McCloskey D, (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª ed. Barcelona: ELSEVIER.

Camos L, Casas C, y Rovira M. (2005). Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enfermería Clínica*; 15(5):251-56.

Ceprosords S, (2006) *Pasado, Presente Y Futuro en la ducación de los Sordos. “Un Análisis Histórico, Cognoscitivo Y educativo Hacia La Reconstrucción De Una Pedagogía Para Los Sordos.”* Editorial Universidad de Cuyo.

García M, Mateo IyM,G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 18(2):83-92.

García-Campayo J, Claraco Vega LM, Tazón P, (2008). Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención Primaria* 24(10):90-97.

López J, Crespo M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema* 19(1):72-80

SANCHEZ, Carlos. (2007). *Manual de cuidado de enfermería en Modelo Bilingüe*. Mérida.

SÁNCHEZ G., Carlos M. (2006) *La Increíble y Triste Historia de la Sordera*, Caracas.