



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

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

**EL ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO FÍSICO
ESTÁ EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN
QUE LE BRINDA EL CUIDADOR.
ANCONCITO. SALINAS
2012 - 2013**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

AUTORAS:

**ORRALA ROCA NANCY LUCIA
LÓPEZ PILLIGUA ELIZABETH GERTRUDIS**

TUTORA: LIC. CARMEN BAILÓN M. 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**

**EL ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO FÍSICO
ESTÁ EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN
QUE LE BRINDA EL CUIDADOR.
ANCONCITO. SALINAS
2012 - 2013**

★ TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

AUTORAS:

**ORRALA ROCA NANCY LUCIA
LÓPEZ PILLIGUA ELIZABETH GERTRUDIS**

TUTORA: LIC. CARMEN BAILÓN M. MSc.

LA LIBERTAD - ECUADOR

2013

La libertad, 7 de Junio de 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación: EL ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO FÍSICO ESTÁ EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA EL CUIDADOR. SALINAS. ANCONCITO 2012 – 2013, elaborado por las Srtas. Orrala Roca Nancy Lucia y López Pilligua Elizabeth Gertrudis, egresadas de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciada , me permito declarar que luego de haber orientado, y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....
LIC. CARMEN BAILÓN MUÑIZ. MSc.

TUTORA

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

En mi calidad de Licenciada en Ciencias de la Educación, luego de haber revisado y corregido la tesis “**EL ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO FÍSICO ESTÁ EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA EL CUIDADOR. SALINAS. ANCONCITO 2012 – 2013**” previa la obtención del Título de **LICENCIADA 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, **ORRALA ROCA NANCY LUCIA** y **LÓPEZ PILLIGUA ELIZABETH GERTRUDIS**, 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.

Santa Elena, 7 Junio del 2013

LIC. ANA QUINDE MATEO. MSc
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACION
REG. 1006-12-74-76-45

DEDICATORIA

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, a la persona que ha sido mi apoyo incondicional desde el principio de este sueño, que sin su comprensión y apoyo no sería realidad este gran sueño. A mis padres que desde que me dieron la oportunidad de vivir depositaron su confianza en mí, que aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén a mi lado.

Nancy

A ti mi DIOS porque eres mi guía, y me has bendecido durante toda mi vida, y en el transcurso de mis estudios, a mis Padres y hermanos que depositaron su confianza en mí. Y me apoyaron en los momentos más difíciles de mi vida. A mi Esposo e hijo que son las personas por quien sigo adelante luchando por lograr mis metas y alcanzar todos los deseos más anhelados.

Elizabeth

AGRADECIMIENTO

Dar gracias a Nuestro Padre Celestial por guiarnos e iluminarnos en cada momento de nuestra existencia, llenándonos de gozo y fortaleciendo nuestros corazones, por ponernos en nuestro camino a personas que han sido de gran importancia en nuestra investigación.

A nuestras familias por su amor, comprensión y apoyo incondicional para alcanzar nuestras metas, brindándonos sabios consejos y motivarnos a culminar nuestros sueños anhelados.

A nuestra tutora Lic. Carmen Bailón, quién nos ha acompañado durante el proceso de la investigación, brindándonos orientación, comprensión con ética y profesionalismo. Y por el tiempo dedicado a este trabajo de investigación.

A la comunidad de Anconcito que gracias a ellos pudimos lograr con éxitos nuestra meta propuesta

Nancy y Elizabeth

TRIBUNAL DE GRADO

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

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

Lic. Fátima Morán Sánchez. MSc.
PROFESOR DEL ÁREA

Lic. Carmen Bailón Muñiz, MSc.
TUTORA

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

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

**EL ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO FÍSICO ESTÁ EN
RELACIÓN CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA EL CUIDADOR.
ANCONCITO. SALINAS. 2012-2013.**

Autoras: Orrala Roca Nancy Lucia
López Pilligua Elizabeth Gertrudis
Tutora: Lic. Carmen Bailón M. MSc.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación identifica los conocimientos, las estrategias de intervención, los aspectos psicológicos que han logrado influir negativamente en la calidad de vida de las personas con discapacidad física, obteniendo que entre más se logre conocer las necesidades sobre cuidados se disminuirá el índice del mal estilo de vida de los discapacitados. El objetivo de la investigación es analizar la relación que existe entre el estilo de vida del discapacitado físico y la atención que le brinda el cuidador. Se aplicó la metodología descriptiva, enfoque cuantitativo y transversal, el instrumento que se utilizó fue la encuesta y la técnica de observación directa, sobre lo cuidados integrales que brindan. Se realizó el estudio de toda la Parroquia de Anconcito en que se encuestaron a 63 personas con discapacidad física. Se obtuvo como resultado que un 76% de los discapacitados físicos son hombres, el 83% son cuidados por familiares, en un 57% de todos ellos tienen un nivel de discapacidad del 65% y que el 53% realizan el aseo personal cada 3 días por la dificultad que se presentan en cada caso, esto ha logrado que el estilo de vida del discapacitado físico se encuentre afectado anímica y psicológicamente. Las conclusiones a las que se llegó es que por la falta de capacitación en cuidados básicos integrales, el cuidador no ejerce la forma correcta de brindar atención. Es por este motivo que las personas con discapacidad física no logran tener un buen estilo de vida. Por lo que se recomienda que se realicen capacitaciones continuas a los familiares de los discapacitados en esta parroquia. Para lo que se propone un proyecto educativo para el cuidador.

Palabras claves: Discapacidad física. Estilo de vida. Cuidador.

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

**THE LIFESTYLE OF PHYSICAL DISABLE PEOPLE IS IN A RELATION
SHIP WITH THE ATTENTION THAT IS GIVEN OF THE KEEPER.
ANCONCITO. SALINAS 2012-2013.**

Authors: Orrala Roca Nancy Lucia
López Pilligua Elizabeth Gertrudis
Tutor: Lic. Carmen Bailón M. MSc.

ABSTRACT

The present research identifies the knowledge, the strategies of intervention, the psychological aspects have produced a negative influence in the quality of life of disable people, it is necessary to know the more we know about the needs of care it will be reduced the indicators of bad lifestyle of disable people. Was applied the descriptive methodology, the quantitative cross approach, the instrument being used was the survey and direct observation technique about holistic care that this keeper give. Study was done in the whole Parroquia Anconcito the survey was applied to 63 people with physical disability. The outcomes shows that a 76% of physical disable people are men, a 83% they receive care because of their relatives, a 57% of all of them have a level of disability of 65% and that 53% have the personal care every three day according to the level of difficulty that is showed in each case, this has caused the lifestyle of the physical disable people is physical, physiologically an emotionally affected. The conclusions that was reached is that the lack of comprehensive basic care training, the keeper does not exercise the right way to provide care. It is for this reason that people with physical disabilities are unable to have a good lifestyle. As recommends conducting ongoing training to the families of disabled people in this parish. For what it sets out an educational project for keeper.

Key words: Physical disability, Lifestyle, Keeper.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TRIBUNAL DE GRADO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
INTRODUCCIÓN	
Planteamiento del Problema	3
Justificación	6
Objetivos: General y Específico	8
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes investigativos	10
1.2 Fundamentación científica	14
1.2.1 Cambios fisiológicos que ocurren con la edad	14
1.2.2 Deficiencia física	15
1.2.3 Cuidados Personales del discapacitado físico	17
1.2.5 Teoría de Enfermería	26
1.3 Marco legal	28
1.4 Marco conceptual	34

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1.	Diseño de la investigación	37
2.2.	Modalidad de la investigación	37
2.3.	Tipos de investigación	38
2.4	Población y Muestra	38
2.5	Operacionalización de las variables	39
2.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
2.7	Consideraciones Ética	43

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	65
GLOSARIO	96

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. Consentimiento informado	66
ANEXO 2. Instrumento de obtención de datos	67
ANEXO 3. Factibilidad y pertinencia	70
ANEXO 4. Plan de Cuidados de enfermería	73
ANEXO 5. Cronograma	78
ANEXO 6. Presupuesto	80
ANEXO 7. CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS	
1. Sexo del cuidador	81
2. Nivel de instrucción	82
3. Parentesco de cuidador con la persona con capacidades especiales	83
4. Tipos de capacitaciones básicas	83
5. Conocimiento del cuidador sobre el grado de discapacidad	84
6. Sexo de la persona con capacidades especiales	85
7. Edad de la persona con capacidades especiales	86
8. Porcentaje de discapacidad	87
9. Frecuencia del baño	88
10. Frecuencia de limpieza bucal	88
11. Actividades y Ejercicios	89
12. Apoyo Económico	90
13. Controles médicos	90
14. Estado de Ánimo de la persona con capacidades especiales	91
15. Causa de la discapacidad física	91
16. Con quién vive la persona con capacidades especiales	92
 ANEXO 8. Evidencias fotográficas	 94

PROPUESTA

	Pág.
Antecedentes	101
Marco Institucional	103
Matriz FODA	103
Objetivos General	104
Objetivos Específicos	104
Beneficiarios	104
Actividades	105
Presupuesto	106
Cronograma	107
Evaluación de Proceso y de Producto	108
Bibliografía	109

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más comunes que actualmente afronta la sociedad es la falta de conocimiento en atención integral que tiene el cuidador de la persona con capacidades especiales ya que permite la satisfacción de sus necesidades de salud, materiales y emocionales, afectando así su estilo de vida. Según la OMS (2011); más de mil millones de personas experimentan alguna forma de mala atención, de ellos casi 200 millones logran llevar malos hábitos de vida.

En la Provincia de Santa Elena, Parroquia de Anconcito se observa que no se han establecido capacitaciones continuas sobre cuidados integrales que sirvan de indicadores para el cuidador, lo cual se refleja en la forma que es tratado la persona con dependencia física. El proceso de intervenir en ellos es realizado sin las precauciones debidas en el ámbito psicológico y para la salud. Por este motivo se decide investigar los posibles indicadores que pueda utilizar el cuidador en su atención brindada.

El objetivo de investigación determina que la atención que brinda el cuidador influye en el estilo de vida de la persona con capacidades especiales de los habitantes de la Parroquia de Anconcito. Este estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal. Las técnicas empleadas son la observación directa y la encuesta. El universo investigado fue una población de 63 personas con capacidades especiales.

El resultado obtenido mediante la observación es que el 56% de los cuidadores no aplican la higiene adecuadamente, el 16% no se nutren adecuadamente y el 28% se encuentran emocionalmente deprimidos. Es necesario tener presente que las necesidades asistenciales de las personas con discapacidad física no son actualmente atendidas en su totalidad por el sistema sanitario y/o social de la Parroquia Anconcito, sino que cubiertas por el apoyo informal o cuidado informal.

Se calcula que aproximadamente el 83% de la ayuda prestada a estas personas es ejercida por la familia y más concretamente mujeres.

Las conclusiones a las que se llegó es que por la falta de capacitación en cuidados básicos integrales, el cuidador no ejerce la forma correcta de brindar atención. Es por este motivo que las personas con capacidades especiales no logran tener un buen estilo de vida. Por lo que se recomienda que se realicen capacitaciones continuas a los familiares de las personas con capacidades especiales en esta parroquia.

La organización mundial de la salud (2011) indica que “La educación es una estrategia que permitirá disminuir los factores de riesgo que involucren negativamente el estilo de vida de la persona con capacidades especiales. Por lo que se realiza una propuesta: Proyecto educativo para el cuidador de la persona con capacidades especiales. “Hacia un mejor futuro”. 2012 – 2013.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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. Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes (zambullido, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo). Los profesionales especializados y los familiares de personas con discapacidad física centraban su atención en lo que estas personas no podían hacer, en sus desventajas y dificultades. Actualmente tenemos una postura diferente: nos preocupamos en descubrir cuáles son las posibilidades que los niños presentan y cuáles son sus necesidades, en vez de destacar sus dificultades.

En el mundo hay más de 500 millones de personas con capacidades especiales lo que equivale a un 10 % de la población mundial. Aproximadamente dos tercios viven en los países en desarrollo. En algunos países en desarrollo casi un 20 % de la población total tiene algún tipo de discapacidad; si se tienen en cuenta las repercusiones que este hecho supone para las familias, un 50 % de la población se ve afectado. A nivel de Latinoamérica existe la Disabled Peoples' Internacional está conformada por una red de 17 Organizaciones o Asambleas Nacionales de personas con discapacidad, establecidas para promover los derechos humanos de las personas con discapacidad a través de una participación total, igualdad de oportunidades y desarrollo. En relación con los registros continuos, en 14 de los 20 países de América Latina existen registros nacionales de personas con discapacidad. Aproximadamente el 10% de la población mundial tiene una discapacidad. Esto implica que al menos 400 millones de personas viven con alguna discapacidad y viven en países en vías de desarrollo. Solo en Latinoamérica serían más de 80 millones.

En Ecuador, la Vicepresidencia de la República, responsable hacer efectivo el respeto a los derechos de las personas con discapacidad y procurar la atención prioritaria que merece este colectivo, conforme lo ordena la Constitución de la República, realizó el estudio biopsicosocial clínico genético de las personas con discapacidad, estableciendo la existencia de 294.166 personas con discapacidad a nivel nacional, lo que representa el 2.4% del conglomerado nacional. Desde julio del 2009 a noviembre del 2011, las brigadas de la Misión Solidaria Manuela Espejo, visitaron 1'286.331 hogares en 24 provincias y 221 cantones del Ecuador, estudiando y localizando a 294.611 personas con discapacidad, quienes son atendidas de manera integral en el marco de la fase de respuesta. La provincia de Santa Elena tiene 308.693 habitantes (INEC 2010), por los datos que ha obtenido el Centro Melvin Jones (encuesta sobre la base de la población que acude a las oficinas del Centro para solicitar servicio de apoyo, se registran aproximadamente 178 personas con discapacidad, sean esta niños(as), adolescentes, jóvenes, y adultos, cifra que varía de acuerdo a la información y conocimientos de los padres sobre las diferentes discapacidades en la Península de Santa Elena.

Anconcito, es un puerto pesquero su localización se encuentra en la provincia de Santa Elena, su economía se basa en la pesca y en el comercio, Anconcito tiene 11.822 habitantes, existen 5706 mujeres y 6116 hombres; sus límites se encuentran: al sur con José Luis Tamayo y al Norte, Este y Oeste con el Océano Pacífico. Su gente es muy trabajadora se esmeran en sobresalir entre la sociedad. La pesca artesanal de mar es significativa tanto en el consumo doméstico como en la industria peninsular.

Se observó que la calidad de vida de las personas con capacidades especiales de acuerdo al cuidado o atención que le brinda el cuidador no es adecuada para su condición de salud, ya que están descuidados en cuanto a sus necesidades básicas que se deberían cumplir en el diario vivir. Las personas que les brindan los cuidados no saben acerca de la enfermedad que le aqueja a su familiar, tampoco

saben cómo cuidarlos, muchas veces los descuidan, o buscan la manera de dejarlos con alguien sean estos vecinos, amigos, etc.; e incluso los dejan solos. Es muy importante dar a conocer a la comunidad y en especial a las familias que están encargadas del cuidado de la persona con capacidades especiales como brindar una atención integral para mejorar su estilo de vida. En Anconcito hay un subcentro de Salud que se encarga de brindar atención especializada a toda la comunidad. Pertenece al Ministerio de Salud Pública, en la actualidad se atienden a 20 personas con discapacidades físicas, cuyos controles son realizados mensualmente, el personal de salud que labora en esta institución ayuda a estas personas a preservar su salud a llevar una vida sana y saludable, se brindan cuidados especiales a estas personas. En la junta parroquial de Anconcito existen datos en los cuales se asimila un aproximado de 63 personas con discapacidad física en la población los cuales detectamos para la investigación, y de acuerdo a estos datos la problemática mayor en esta población es que solo 20 personas con capacidades especiales se hacen atender en el centro de salud y en que el restante no se controla teniendo un mal estilo de vida ya que no está saludable.

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

En base a los antecedentes descritos se enuncia el siguiente problema: **¿Cuál es el estilo de vida del discapacitado físico en relación con la atención que le brinda el cuidador?**

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se justifica por la necesidad de conocer si existe relación entre el estilo de vida del discapacitado físico con la atención que le brinda su cuidador.

Con esta investigación queremos dar a conocer si existe una relación entre la atención que le brinda el cuidador y si esto influye en el estilo de vida del discapacitado físico, es decir que en muchas ocasiones el cuidador no brinda una atención satisfactoria para el discapacitado por la falta de conocimiento sobre dicha enfermedad, y sobre todo acerca de sus necesidades básicas que se deben cumplir con normalidad durante toda su vida por esta razón se va a ver afectado el estilo de vida saludable que todos deberíamos llevar. El problema a investigar contribuirá a que se incremente el conocimiento actual que poseen las personas acerca de la discapacidad física, y el cuidado que se les debe brindar a ellos. Mediante las técnicas a utilizar para lograr que el conocimiento se amplíe y cumplir con los objetivos ya propuestos. Para poder dar solución a este problema.

Con esta investigación se beneficiaran las personas que padecen de discapacidad física, ya que aportaremos nuevos conocimientos al cuidador y así fomentaremos un buen cuidado para el discapacitado físico, al profesional de enfermería en la implementación de cuidados de enfermería específicos para este tipo de pacientes, y estará fundamentado en algunas teorías y en el cuidador ya que si pone en práctica los conocimientos adquiridos no solo se beneficiara el discapacitado físico sino que también el estilo de vida del cuidador.

Con los resultados de la investigación se dio apertura a diferentes investigaciones posteriores que impulsen a todas las instituciones encargadas del cuidado directo de las personas con capacidades especiales a que no solo se dediquen en el

cuidado directo sino que también pongan parte a la educación del cuidador. Los datos se obtuvieron de la comunidad, es decir de las familias que tengan en su hogar a personas con discapacidad física, serán entrevistados para luego efectuar la problemática y conocer el conocimiento que tienen en cuanto al cuidado que ellos deben tener. El objetivo de esta investigación es dar a conocer si hay relación entre el cuidado que le brinda el cuidador y el estilo de vida de la persona con discapacidad física.

Mediante esta investigación se suscitó una serie de cambios, se logró una mejor relación, convivencia entre la persona con discapacidad física y su cuidador, el cuidador sabrá como brindar los cuidados adecuados para que este tenga una vida saludable y no se deteriore con el pasar del tiempo. Relacionada con el estilo de vida que lleva y el cuidado que se les brinda. Los resultados obtenidos nos ayudaron a solucionar ciertos problemas en cuanto se refiere al bienestar de la persona con discapacidad física, su salud, sus relaciones interpersonales, y sobre todo a reintegrarse con la sociedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre el estilo de vida del discapacitado físico y la atención que le brinda el cuidador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Definir el nivel de conocimiento que tiene el cuidador sobre el grado de discapacidad física que posee su familiar.

- ✚ Identificar las características biopsicosociales, económicas y emocionales del discapacitado físico

- ✚ Determinar la atención que se les debe brindar al discapacitado físico en cuanto al tipo de higiene, alimentación, actividad y ejercicio.

- ✚ Diseñar una guía especializada para los cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física.

HIPÓTESIS

Si el cuidador brinda atención de calidad entonces mejora el estilo de vida del discapacitado físico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La **ONU** establece que en el mundo existen aproximadamente 700 millones de personas con algún tipo de discapacidad. En Chile según la encuesta **CASEN** (2006) hecha por el **Mideplan**, cifra en cerca del 7 % de la población total tiene alguna discapacidad, lo que equivale a más de 1.100.000 habitantes, estableciendo que existe un 20,3% de hogares en Chile que tienen entre sus miembros una persona con discapacidad y en un 10,9% de estos hogares es el jefe del hogar. El primer Estudio Nacional de la Discapacidad, realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad, actual **SENADIS**, estableció que las personas con discapacidad superan los 2.000.000 de habitantes y que alcanzan al 12,9% de la población, clasificando el grado de discapacidad que presentan las personas en un 55,8% con discapacidad leve, un 24,8% con discapacidad moderada y un 19,4% con discapacidad severa. Las discapacidades se distribuyen en discapacidad física (31,3%), discapacidad visual (19%), discapacidad visceral (13,9), discapacidades múltiples (10,3), discapacidad Intelectual (9%), discapacidad auditiva (8,7) y discapacidad por causa psiquiátrica (7,8%).

En relación a la Actividad Física en personas con discapacidad, se realizó un estudio que lleva por nombre “Actividad física y deportiva en la población chilena con discapacidad”, desarrollado por la Dirección de Deportes y Actividad Física, de la Universidad de Chile, para el Departamento de Ciencias del Deporte, del Instituto Nacional de Deportes (**IND**), en base a los fondos concursables del **Fondeporte** del año 2006. Según este estudio, de un total de 1169 organizaciones

relacionadas con personas con discapacidad, 650 habrían realizado algún tipo de actividad física y sólo 430 lo habían hecho en forma regular y sistemática durante el año 2005 o 2006. Estas instituciones atienden principalmente discapacidades intelectuales (57.9%) y físicas (20.3%), sin tener alguna especialización en un tipo de discapacidad y sólo un 68,2% de las personas que trabaja con estos grupos de persona percibe alguna remuneración, el resto solo lo hace voluntariamente. Es importante considerar que las vías de financiamiento se componen mayoritariamente por subsidios estatales y/o municipales (53.8%), y el gasto más importante es en recursos humanos (30.4%). Menos del 50% de las organizaciones cuenta con una unidad dedicada al deporte y la actividad física para las personas con discapacidad. En el año 2005 y 2006 solo el 42.5% de las organizaciones desarrollo proyectos deportivos en conjunto con otros estamentos de la sociedad. Dicho estudio además revelo que las organizaciones tienden a contar con profesores de educación física, profesores diferenciales y colaboradores para el desarrollo de la actividad física, siendo los kinesiólogos y los terapeutas ocupacionales los que menos se han integrado a estas prácticas. La mayoría de estos profesionales tienen una dedicación part-time y cerca del 70% son remunerados. Las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad mencionan que los requerimientos de recursos humanos para desarrollar la actividad física son profesores de educación física y kinesiólogos principalmente.

Stephanie Carretero, Jorge Garcés y Francisco Ródenas (2006), realizaron un estudio denominado “La sobrecarga de las cuidadoras de personas Dependientes: análisis y propuestas de Intervención psicosocial”. El objetivo principal de esta investigación se ha centrado en analizar las variables asociadas con la sobrecarga de cuidadores informales de personas dependientes, probando de forma particular la eficacia del Servicio de Ayuda a Domicilio un servicio de respiro en la reducción de la carga del cuidador. El estudio y la comprensión de la carga experimentada por el cuidador informal de una persona dependiente deben pasar primero por la conceptualización de qué es la dependencia, qué tipo de cuidados

necesitan estas personas, y cómo es capaz de convertirse la situación de prestación de cuidados en un factor negativo para los proveedores de esta atención.

Teresita de Jesús Campa (2001), realizaron un estudio “**Capacidad de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora**”. En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se describe a los cuidadores de atención dependiente de pacientes con discapacidad motora, como población femenina, ya que el 90 por ciento corresponde a este sexo, lo que coincide con Puig, et.al. (1992); Peeters y col. (1996); Gregory, et.al. (1994), quienes reportan que los cuidadores son familiares directos y mujeres en su mayoría.

En relación con la edad, se observó que el 66 por ciento de esta población se encuentra entre las edades de 18 a 35 años; esto difiere de lo descrito por Novak y Guest (1989), Smith (1991) y Peeters y col. (1996); Puig, et.al. (1992) y Grant (1992) quienes encontraron que la edad de los cuidadores fué de 50 a 59 años, el hecho de que la mayor cantidad de los cuidadores en la población de estudio sean adultos jóvenes, casados (83.8%), y con pareja (83.8%) aumenta la carga emocional y física durante la formación y cuidado de la familia por encontrarse en una etapa de expansión, comparativamente de las mujeres mayores de 50 años quienes están en etapa familiar de dispersión según lo reportado.

Otro aspecto importante a destacar en este estudio es que el 69.3 por ciento de los cuidadores tienen entre 1 y 3 hijos, esto concuerda por lo reportado por Fink (1995) quien afirma que las familias dadoras de cuidados (53.3%) tienen niños que viven en casa y señala que los hijos son afectados por problemas de este tipo.

De acuerdo al nivel de educación de los cuidadores en este estudio fue de buen nivel educativo, ya que el 91.5 por ciento tiene algún tipo de escolaridad y sólo el 8.5 por ciento no cuenta; esto coincide de lo reportado por Fink (1995) quien

señala que el nivel educativo de los cuidadores por ellos estudiados fue de más de 6 años de escolaridad.

Schott-Baer, Linda Fisher y Gregory Cherylann (2004), realizaron un estudio denominado "Atención dependiente, sobre la carga del cuidador, resistencia de agencia de autocuidado de los cuidadores", el propósito fue examinar la relación entre la atención dependiente, la carga del cuidador, la resistencia relacionada a la salud y la agencia de autocuidado de los cuidadores y se encontró una correlación negativa moderadamente significativa entre la carga objetiva y la atención dependiente. Se encontraron correlaciones positivas moderadas significativamente entre la agencia de autocuidado y las puntuaciones de las sub-escalas de compromiso, desafío y control de la resistencia relacionada a la salud.

Baker, S.P. (2000) realizó un estudio correlacional descriptivo al examinar las relaciones de la capacidad de autocuidado y autocuidado con la tensión percibida en el cuidador por múltiples roles y factores condicionantes (edad, período de tiempo de cuidado y tipo de tareas de cuidado). Los resultados muestran una relación inversa significativa entre la capacidad de autocuidado y la tensión del cuidador. Las acciones de autocuidado se relacionan significativamente con una disminución predictiva de la tensión del cuidador; mientras que para el período de tiempo de cuidado del cuidador, tareas de cuidado personal, tareas del hogar y apoyo emocional con la tensión del cuidador, se determinó una relación positiva significativa. No se observó asociación significativa entre edad, múltiples roles y tareas de control personal y la tensión del cuidador.

Peeters, Philpsen, Mosterd, Isenberg (2005) en una investigación cualitativa preliminar para aclaración empírica del concepto de agencia de atención dependiente donde el propósito fue adquirir conocimiento empírico de la agencia de atención dependiente que permitirá tener una idea de los cuidadores no profesionales que atienden a sus dependientes ancianos donde tres temas fueron

considerados importantes para obtener información acerca del concepto, como son: 1) Capacidad de atención; 2) Actividades de atención y 3) Factores condicionantes de la atención dependiente.

Se realizó un total de 29 instrumentos (15 cuidadores y 14 dependientes). El grupo de cuidadores consistió en cuatro hombres y 11 mujeres con una edad promedio de 68 (mínima 43 y máxima de 83). En nueve casos el cuidador era el cónyuge; todos los demás eran otros miembros de la familia del dependiente.

En el análisis cualitativo los reportes de entrevistas revelaron varios temas. De los temas principales (capacidad, actividades y factores condicionantes) sólo los temas concernientes a las capacidades han sido aplicados a la operacionalización del concepto, donde los resultados de este estudio se usaron para desarrollar un modelo de agencia de atención dependiente y para operacionalizar las dimensiones que contiene; es decir, los componentes de poder, las operaciones de autocuidado de tipo estimativo, de transición y productivo.

Se concluye que en un término de adecuación operacional de la escala los atributos personales de la agencia de atención dependiente que fueron identificados por medio de un estudio cualitativo y las ideas teóricas respecto a la agencia de atención dependiente (deducción) son representados lo suficiente en la escala. Sin embargo, la motivación de dimensión puede estar un tanto sub-representada con sólo el ítem I.

Con respecto a la confiabilidad de la escala, la escala de 21 ítems mostró consistencia interna suficiente. Esto fue evidenciado por el Alpha de Cronbach.

1.2 FUNDAMENTACION CIENTIFICA

1.2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS, ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES QUE OCURREN CON LA EDAD

La suma de años conlleva cambios fisiológicos sobre la estructura y sobre la capacidad funcional de los principales sistemas orgánicos involucrados en los ejercicios .se producen cambios en el sistema cardiovascular: en el tejido muscular, en el tejido graso, en el sistema esquelético, que condicionan el rendimiento en el deporte y en las actividades físicas habituales.

En el corazón, el número total de miocitos (células musculares del miocardio) disminuye a lo largo de la vida adulta; a la vez, aumenta el componente fibroso de las paredes cardíacas. En las grandes arterias, la progresiva pérdida de elasticidad de sus paredes hace que aumente la tensión arterial, presión contra la que el ventrículo debe bombear la sangre. Por otra parte, en el sistema venoso se produce una reducción progresiva del tono de sus paredes, y se desarrollan varicosidades, lo que hace que aumente la cantidad de sangre alojada en las venas.

Si bien la frecuencia cardíaca de reposo apenas cambia con la edad, la frecuencia cardíaca mínima desciende sustancialmente, aunque mucho menos en las personas que mantienen un buen nivel de forma física.

En general, pasados los 40 años se produce una pérdida de la masa muscular, la atrofia muscular se acompaña de pérdida de fuerza. Además, la mayoría de las personas sufren una progresiva pérdida de los minerales del hueso y la matriz ósea, mientras acumulan de 5 a 10 kg de grasa corporal.

Estos cambios estructurales provocan un deterioro funcional, dando lugar a un peor rendimiento atlético, observable en pruebas de campos simples y en mediciones de laboratorio más sofisticadas. Podríamos resumir que desde los 20 a 25 años se observa una disminución de un 1-2% anual en el conjunto de nuestras capacidades físicas, a saber:

- ✚ Resistencia
- ✚ Fuerza
- ✚ Potencia
- ✚ Flexibilidad
- ✚ Equilibrio y coordinación

1.2.2 DEFICIENCIA FISICA

Las deficiencias de tipo físico suelen ser debidas a enfermedades, lesiones o pérdidas asociadas a los sistemas esquelético, muscular, nervioso o incluso asociadas a más de uno de estos sistemas.

Cuando afectan a las extremidades suele utilizarse el término paresia o plejía unidos a un prefijo que indica los miembros afectados. Así, la paraplejía indica una sintomatología asociada a las extremidades inferiores; la hemiplejía lo hace en relación a un hemicuerpo; la tetraplejía, a las cuatro extremidades; y la diplejía, también a las cuatro extremidades, pero con predominio en las inferiores.

DEFICIENCIAS OSTEOARTICULARES

- ✚ Osteoartrosis
- ✚ Osteoporosis
- ✚ Patologías específicas de la columna.

- ✚ Las secuelas de fracturas, que se dan con mayor predominio en hombres.
- ✚ La artropatía es el término que se utiliza para referirse a cualquier tipo de alteración que afecta a una sola articulación.

DEFICIENCIAS DE LOS ORGANOS INTERNOS DE LA PIEL

Dentro de este grupo se incluyen aparatos o sistemas del organismo que son muy distintos en cuanto a sus funciones y a la patología que puede generar la deficiencia. Así, podemos diferenciar entre los siguientes subapartados:

- ✚ Aparato circulatorio.
- ✚ Aparato respiratorio.
- ✚ Sistema endocrino-metabólico.
- ✚ Aparato digestivo.
- ✚ Aparato genitourinario.
- ✚ Sistema inmunológico.
- ✚ Sangre y órganos hematopoyéticos.
- ✚ Piel.

DEFICIENCIAS DEL SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

Se trata de un grupo de deficiencias con predominio en el género masculino. Dentro de ellas destacan la poliomielitis, meningoencefalopatías, parálisis cerebral, los accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias cerebrales), crisis neurológicas, alteración de pares craneales y nervios periféricos, Parkinson y afecciones extrapiramidales, sección medular, secuelas de traumatismos craneoencefálicos.

- ✚ La Poliomielitis

- ✚ La Parálisis cerebral es la más frecuente causa de minusvalía física en los niños.
- ✚ La enfermedad de Parkinson
- ✚ El Alzheimer
- ✚ Las Ataxias constituyen un grupo de enfermedades degenerativas hereditarias que afectan al sistema nervioso central y, en especial, al equilibrio, a la coordinación de movimientos y a la voz.
- ✚ La Ataxia de Friedreich es un trastorno neuromuscular de origen genético recesivo, con el que se produce una lenta y progresiva pérdida de funciones de algunas partes del sistema nervioso que suele aparecer entre los 4 y los 15 años.
- ✚ La Distonía es el nombre dado a un conjunto de enfermedades neurológicas y sus síntomas, que afectan a determinados músculos del cuerpo y originan contracciones involuntarias sostenidas de tipo espasmódico, torsiones o movimientos desordenados.

1.2.3 CUIDADOS PERSONALES DEL DISCAPACITADO FISICO

BAÑO

Elizondo,L. (2003) quien manifiesta que:

“El baño diario es un parte fundamental del aseo personal; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Cambiarse de ropa después del baño es muy importante, especialmente la ropa

interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea.”

CUIDADO DE LOS DIENTES

Elizondo, L. (2003) quien manifiesta que:

“Es ideal lavarse los dientes después de cada comida. Así, eliminaremos la placa bacteriana, las caries y el mal aliento. Las caries constituyen un foco de infección a través del cual las bacterias pueden propagarse y producir enfermedades en órganos como el corazón o el riñón.”

EJERCICIOS Y ACTIVIDAD FISICA

Gonzales, J. (2005) quien manifiesta que:

“La actividad física puede mejorar significativamente la calidad de vida, recuperando la independencia en algunas o todas las áreas de funcionamiento. El éxito medible en parámetros médicos, físicos y de bienestar, dependerá en gran medida de la voluntad de afrontar el proceso”

ALIMENTACION

Tal y como reconoció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de DESC) en su Comentario General:

“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla.”

Para el Relator Especial, el derecho a la alimentación es:

“El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra por dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.”

ATENCION MEDICA

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006) quien manifiesta que:

“Las personas con discapacidades necesitan de atención médica y programas de salud por los mismos motivos que el resto de la gente: para mantener su bienestar, estar activas y participar en la comunidad”.

Tener una discapacidad no significa no estar saludable o no poder estarlo. Estar saludable representa lo mismo para todos nosotros, es decir, estar y mantenerse bien para llevar una vida plena y activa. Esto significa que debemos contar con las herramientas y la información necesarias para tomar decisiones saludables y saber cómo prevenir las enfermedades.

AUTOESTIMA

Confederación de personas con discapacidad física y orgánica de Castilla y León (2005) quien manifiesta que:

Hemos aprendido a describirnos y valorarnos a través de la imagen que los demás han transmitido de nosotros a lo largo de nuestra historia de aprendizaje.

“Un ejemplo claro sería una persona con discapacidad. En nuestra cultura se ha tendido a estigmatizar y en ocasiones a ridiculizar a la persona que la sufre,

ocasionando una herida profunda en su autoestima, interiorizando en ocasiones tanto, que ahora forma parte de su lenguaje y de su valoración de la realidad.”

EDUCACION AL CUIDADOR

Lozano, A. (2001) quien manifiesta que:

“persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusválida o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.

Los tipos de capacitación dependen de la población a quien va dirigida según su nivel de instrucción y de los recursos disponibles. Difieren en cuanto a su duración, objetivos, contenido y métodos de instrucción.

Deben estar dirigidas a sensibilizar al cuidador que ofrece servicios a la persona con discapacidad física, a mejorar la calidad de dicho servicio y a fortalecer positivamente sus actitudes. Este personal debe tomar en cuenta que la meta común es el reforzamiento de las actitudes y aptitudes del discapacitado, para promover su independencia funcional y ayudarlo a desarrollar su máximo potencial de salud.

IMPLICACIONES DE LA FORMA FISICA EN LA VIDA DIARIA

Pero, ¿Qué importancia tiene el mantener la fuerza y la resistencia muscular en las personas no aficionadas a hacer deporte? Si uno no va a dar la vuelta al mundo en un velero, ni va a correr carreras populares, si a uno lo que le gusta es ver la tel, leer, investigar, oír música o pintar cuadros...para que esforzándose en mantener un buen nivel de forma física? Para poder seguir realizando todas esas actividades día a día; para seguir viviendo.

Andar, subir escaleras, soportar el peso de la compra o de los nietos, hacer trabajos de bricolaje, o cuidar el jardín o la huerta, es lo que determina en gran medida la independencia, la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Cuando el deterioro funcional es importante, no se pueden patear ciudades haciendo turismo no pueden plantarse tomates o vainas, ni alternar con los amigos, ni pasear por la orilla de la playa. Necesitamos mantener unos niveles mínimos de forma física para poder hacer vida normal.

El ejercicio físico regular tiene un importante impacto en la edad de aparición del umbral de debilidad ya que, por medio de actividades físicas regulares, puede retrasarse fácilmente. De hecho, no hay nada que pueda suplir a la actividad física en este cometido. Debemos tener muy presente esta caída funcional, porque con ella cae también nuestra autonomía e independencia, y la libertad de movimientos de nuestra familia.

PSICOSOCIOLOGIA DEL CUERPO

En la integración del hombre al medio ambiente y su entorno familiar y social tenemos fases interactivas permanentes y que de acuerdo a:

José Luis Catalán Bitrián, (2002), quien manifiesta que:

“De los griegos parte principalmente el ideal de ser humano que todavía palpita en nuestra civilización, cada cierto tiempo estremecida por aquellas lejanas vislumbres. Si tuviésemos que resumir la compleja herencia helenística en pocas palabras diríamos que lo fundamental consiste en una búsqueda de la excelencia del cuerpo y de la psique fundida en armonía”.

El modo como las diferentes generaciones de griegos hasta la época clásica construyeron el ideal de ciudadano arrancó de una difusión de las ideas

aristocráticas: la formación gimnástica, la música, la danza y las comidas en común.

Cada sociedad y grupo social tienen deseos distintos, y ello se refleja también en sus técnicas corporales. Hasta en las cosas más sencillas y aparentemente iguales encontraríamos distinciones: no bebe agua de igual modo el Beduino que el Esquimal. Con mayor razón no lee igual un ciego, con las manos, que un vidente, con los ojos.

Trastornos psicomotrices, enfermedades crónicas, deficiencias de órganos, etc. plantean a menudo la necesidad de crear, de intentar técnicas alternativas a las comunes. Se busca un camino diferente que proporcione al sujeto status de competencia social. En realidad la población con dificultades, limitaciones corporales, es relativamente grande, y ello implica frecuentemente una fuente de marginación por parte de los "solventes", que por ser mayoría cultural tienen cierta tendencia a rechazar las vías de desenvolvimiento que no sean típicas.

Las necesidades implican cambios que obligan a buscar nuevas técnicas, incorporándose a las competencias de los individuos aptos para integrarse en el nuevo sistema social. Cualquier niño de nuestra sociedad ha de aprender a encender y apagar interruptores: es imprescindible para la manipulación de las energías modernas, que constituyen elementos básicos que en otras épocas no existían.

El cuerpo posee una especialidad, ocupa un lugar físico en relación con las demás cosas, y estando en acción parte de esta premisa. Somos cuerpo, aunque pretendiéramos renegar de ello.

LA FAMILIA DEL DISCAPACITADO

Grupo primario de relaciones de toda persona.

Se define a la familia como sistema cuyos miembros están relacionados entre sí, y lo que pudiera afectar a un miembro incidirá en los demás positiva o negativamente, condicionando su accionar y salud emocional.-

Cuando se detecta un miembro discapacitado en una familia en general las reacciones psicológicas (sobre todo de los padres) suelen pasar por una serie de fases o estados:

- ✚ Shock (recibimiento del diagnóstico inesperado)
- ✚ Negación (no reconocen que el niño posee discapacidad)
- ✚ Angustia (entristecimiento ante lo evidente)
- ✚ Enfado (frase: ¿qué he hecho para merecer esto?)
- ✚ Depresión (estado de ansiedad al no saber qué hacer)
- ✚ Culpabilidad (reproches – autorreproches)
- ✚ Reconciliación (resignación y búsqueda de solución)
- ✚ Aceptación (aceptación y encuentro con las múltiples posibilidades de educación de estos chicos).

1.2.4 DISCAPACIDAD Y SALUD

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna

enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

La discapacidad es muy diversa. Si bien algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria, eso no sucede con otros. Sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria.

IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS FAMILIAS

La familia desde la perspectiva de los hijos que en ella viven, es un contexto de desarrollo y socialización. Pero desde la perspectiva de los padres, es un contexto de desarrollo y de realización personal ligado a la adultez humana y a las etapas posteriores de la vida. La maternidad y la paternidad han sido a menudo vistas como motivos de consolidación, estabilidad y culminación de las relaciones de pareja y de la vida adulta.

Según Adronher (2004), define que:

La discapacidad más que un problema que afecta a una persona, es un problema que afecta a toda la familia, lo cierto que queda familia, y dentro de estas, cada miembro afectado por este problema de forma diferente. El impacto que produce, además de familias y a los individuos que la forman, cambia según la etapa en la que se encuentra cada uno.

Aunque cada familia hace frente a este reto de forma diferente, en cambio, hay elementos comunes a todos ellos que vale la pena destacar. A continuación

hablamos del papel de los familiares y de las diferentes etapas por las que pasan en este duro proceso

FASES DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO

Las fases del proceso de afrontamiento según Lledó Et al (2006), son:

1.- RECIBIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO:

Es común que los familiares hayan acudido a diversos profesionales, antes de recibir el diagnóstico adecuado. Esta fase, independientemente del diagnóstico, suele ser un choque tremendo para los familiares que han pasado por meses e incluso años de preocupación, desilusión y presentimientos.

2.- PERIODO DE NEGACIÓN:

Se trata de la negación del problema. En ocasiones los familiares ponen un pequeño velo que les hace ver que “el problema no es tan grave”.

3.- IMPOTENCIA:

Los familiares se sienten incapaces, derrotados y paralizados, aun sin haber comenzado, primero porque no saben cómo es ser familiar de un discapacitado, pues se enfrentan a un desarrollo no común, a problemas físicos, o a conductas extrañas e inexplicables.

1.2.5 TEORÍA DE ENFERMERÍA

MODELO DE DOROTHEA OREM

PRESUNCIONES Y VALORES

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

TIPOS DE AUTOCUIDADOS:

- ✚ Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar;

- ✚ Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia;

- ✚ Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Teoría del Autocuidado.- *El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Orem, 2006).*

Existe debilidad del Discapacitado físico sobre el autocuidado, es por esto la necesidad de informar, educar y comunicar los cuidados que toda persona debe desarrollar para lograr su propio beneficio para prevenir enfermedades y mantener la salud. Teniendo como rol importante la enfermera infundir en los cuidadores de los discapacitados físicos promover las condiciones necesarias para la vida, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de estas situaciones, en destino de procesos del desarrollo humano.

PAPEL DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los planes de cuidados incluidos en la guía representan una aproximación a los posibles diagnósticos enfermeros estandarizados que puede presentar un paciente. Los diagnósticos de enfermería (NANDA) seleccionados e incluidos en los cuidados de enfermería de los pacientes con discapacidad física son los siguientes:

ETIQUETAS DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA PRINCIPALES DE LA DISCAPACIDAD FISICA

-  Deterioro de la movilidad física
-  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
-  Baja Autoestima situacional
-  Ansiedad

- ✚ Déficit para el autocuidado: (alimentación / Baño / Vestido y Acicalamiento)
- ✚ Afrontamiento inefectivo
- ✚ Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
- ✚ Protección Inefectiva
- ✚ Riesgo de soledad
- ✚ Ansiedad a la muerte

1.3 MARCO LEGAL

1.3.1 LEY SOBRE DISCAPACIDADES

En el título 1, Art. 1.-

ÁMBITO.- DE LA LEY SOBRE DISCAPACITADOS DEL ECUADOR

La presente Ley protege a las personas con discapacidad; establece un sistema de prevención de discapacidades, atención e integración de personas con discapacidad que garantice su desarrollo y evite que sufran toda clase de discriminación, incluida la de género.

LEY ORGÁNICA DE IGUALDAD Y DEFENSA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 121.- Sanciones por violación de derechos.- Las violaciones a los derechos de las personas con discapacidad serán sancionadas en la forma prescrita en esta ley y demás leyes, sin perjuicio de la reparación integral a que tendrá derecho el afectado por los perjuicios que la infracción le ocasionare.

1.3.2 DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ARTÍCULO 19.- DERECHO A LA SALUD.- El estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurara el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación, rehabilitación integral, y centros de ortesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

ARTÍCULO 27.- DERECHO A LA EDUCACIÓN.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho de acceder, permanecer y culminar dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, para obtener educación, formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o un establecimiento de educación escolarizada, según el caso.

Título II

1.3.3 EL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

Art. 6.- FUNCIONES DEL CONADIS.- COMPETE AL CONADIS:

- a) Formular las políticas nacionales relacionadas con las discapacidades y someterlas para la aprobación del Presidente de la República;
- b) Planificar acciones que permitan el fortalecimiento de los programas de prevención, atención e integración de las personas con discapacidad;
- c) Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad;

d) Realizar investigaciones y coordinar las acciones que, en relación con las discapacidades, realicen organismos y entidades de los sectores público y privado; y,

e) Vigilar por el eficaz cumplimiento de esta Ley y exigir la aplicación de la sanción a quienes la incumplan.

1.3.4 PROGRAMA DEL BUEN VIVIR

El Plan Nacional para el Buen Vivir es una herramienta flexible y dinámica, también disponible en formato magnético, que, además de los contenidos antes descritos, recopila todos los resultados de la participación en las mesas de consulta ciudadana e incluye información adicional al propio Plan, con miras a garantizar su actualización permanente conforme se van formulando políticas complementarias. Esta herramienta incluye además una opción de visualización geográfica y desagregación de indicadores a fin de proporcionar a los gestores de políticas públicas instrumentos que, de primera mano, les permitan realizar proyecciones de cobertura y ver los impactos que podrían tener sus programas en el territorio, tomando en cuenta la sostenibilidad ambiental y las equidades de género, generacional, intercultural y territorial.

Finalmente, es necesario recalcar que el Plan Nacional para el Buen Vivir es un primer paso para la construcción del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, que tiene como finalidad descentralizar y desconcentrar el poder para construir el Estado Plurinacional e Intercultural. En este afán, y siguiendo las disposiciones constitucionales, el Plan Nacional para el Buen Vivir deja abiertas las puertas e invita a la construcción de 14 Planes de Vida de los diferentes pueblos y nacionalidades del país, así como a la elaboración del Plan de la circunscripción territorial especial de la Amazonía. De la misma forma, y en el marco de sus autonomías, recomienda a los gobiernos autónomos

descentralizados la articulación con este Plan y la actualización de sus instrumentos de planificación y prioridades de intervención territorial.

El «*Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*», ha sido elaborado a través de la orientación técnica y metodológica de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en coordinación con los equipos técnicos de los distintos Ministerios y Secretarías de Estado y sobre todo con los aportes de ciudadanas y ciudadanos ecuatorianos. La aprobación del Plan en el Consejo Nacional de Planificación constituye un hito en la aplicación de la Constitución, así como también para la consolidación de la democracia participativa.

1.3.5 MISIÓN SOLIDARIA “MANUELA ESPEJO”

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 geo-referencialmente 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 abandonada en largas jornadas.

Por primera vez en la historia del país, cientos de médicos, genetistas, psicólogos y especialistas en Salud, acompañados de militares y guías comunitarios se desplazaron a los lugares más apartados y recónditos de las diferentes provincias del Ecuador, con el fin de registrar y prestar atención médica a una población que ha permanecido marginada durante muchos años. Esta investigación surge ante la falta de estadísticas serias que le permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad.

1.3.6 SENPLADES

SENPLADES incluirá dentro del plan de desarrollo del Estado las actividades programadas por las diferentes instituciones en la segunda fase de la Misión Manuela Espejo.

El Ministerio de Economía transferirá los recursos de manera prioritaria, con el fin de cumplir con la planificación de las distintas instituciones.

El Ministerio de Defensa apoyará las tareas logísticas, así como el almacenamiento, transportación y distribución de las ayudas requeridas por las personas con discapacidad.

El Registro Civil desarrollará un plan de cedulação de las personas con discapacidad, ya sea en operaciones colectivas o en visitas por hogares.

1.3.7 CONADIS

El CONADIS carnetizará a todas las personas con discapacidad identificadas en la Misión Manuela Espejo, información que servirá para la calificación médica de la discapacidad que realiza el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud realizará un seguimiento de casos de personas con discapacidad, proporcionándoles atención médica en todas las unidades bajo su administración, priorizando los casos críticos.

El Ministerio de Vivienda construirá y reparará viviendas de personas con discapacidad identificadas por la Misión, en condiciones críticas. Además, facilitará la entrega de bonos de vivienda e incluirá en la planificación arquitectónica criterios de accesibilidad.

El Ministerio de Relaciones Laborales se compromete a desarrollar estrategias de auto sustentabilidad, centros de empleo, programas de capacitación e inclusión laboral para las personas identificadas por la Misión Manuela Espejo.

El Ministerio de Educación promoverá la escolarización de las personas con discapacidad identificadas en la Misión Manuela Espejo y su capacitación.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

1.4.1 DISCAPACIDAD

Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano. (OMS, 2006).

1.4.2 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. (Flores, 2009).

1.4.3 ESTILO DE VIDA

Una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. (OMS, 2007).

1.4.4 MINUSVALÍA

Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales. (CIDDDM, 2005).

1.4.5 RELACIÓN

Conexión, correspondencia de una cosa con otra. (RAE, 2004).

1.4.6 CUIDADOR

A diferencia del cuidador profesional que hace su profesión cuidadora una elección, el cuidador familiar de referencia se ve obligado, a cuidar de su familiar afectado muchas veces sin el soporte, preparación y formación adecuados. Esta situación representa para él una fuente de frustraciones, de inseguridades, de sentimientos de tristeza, rabia, impotencia y desamparo que le colocan en una situación de riesgo de sufrir una crisis y de enfermar. (Larbán, 2008).

1.4.7 NECESIDADES

Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo. En psicología la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia. (Rivera, 2008).

1.4.8 DISMINUCIÓN

Merma o menoscabo de algo, tanto en lo físico como en lo moral. (RAE, 2008).

1.4.9 HIGIENE

En los tiempos actuales la higiene no es un arte, sino una ciencia que investiga el modo de conservar la salud, de perfeccionar el funcionamiento del cuerpo

humano, de prevenir las enfermedades y de prolongar la vida del hombre. No se trata pues de un conjunto de reglas empíricas, sino de una serie metódica de conocimientos adquiridos mediante la investigación. (Colmenar, 2007).

EJERCICIOS

La palabra ejercicio tiene su origen en el latín *exercitium*. Se trata de la acción de ejercer, ejercitar o ejercitarse. Estos verbos se refieren a practicar un arte, un oficio o una profesión, aunque también pueden hacer referencia al hecho de llevar a cabo una cierta acción.

CUIDADO

Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran daños.

ACTIVIDAD

Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas (mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados a la actividad con un costo determinado), y que queda a cargo de una entidad administrativa de nivel intermedio o bajo.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se desarrolló considerando un enfoque de investigación cuantitativa que nos permitió adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que nos facilite conocer la realidad de una manera más imparcial, ya que se recogen y analizan los datos a través de los conceptos y variables.

El estudio es de tipo descriptivo, que permitió conocer el estilo de vida de la persona con discapacidad física que depende en gran parte del tipo de cuidado que reciba del cuidador.

Corte transversal, porque se lo realizo en un tiempo determinado

2.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACION

El método que se utilizó, fue el método deductivo porque va de lo general que es la discapacidad física a lo particular que es el estilo de vida del discapacitado físico, en cuento a la atención que le brinda su cuidador.

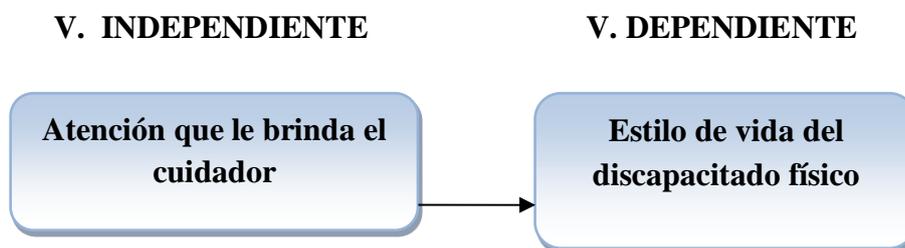
2.3 TIPOS DE INVESTIGACION

El tipo de investigación que se utilizó es de campo debido a que se la realizó en el lugar de los hechos

2.4 POBLACION Y MUESTRA

El presente trabajo de investigación se realizara con el universo de 63 personas con discapacidad física, porque son todos los discapacitados que viven en la parroquia de Anconcito.

2.4.1 ESQUEMA DE VARIABLES



2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

ATENCIÓN QUE BRINDA EL CUIDADOR.- La atención brindada al discapacitado físico de parte del cuidador en la cual va a permitir que este se desenvuelva en su vida diaria sin mayor dificultad, y que pueda adaptarse a sus limitaciones de acuerdo al tipo de discapacidad que posea, en esta investigación se analizará si esta atención cumple con todas sus necesidades básicas para que se lleve a cabo un estilo de vida saludable.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
HIGIENE	Baño	Diario <input type="checkbox"/> Cada 2 días <input type="checkbox"/> Cada 3 días <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
	Limpieza bucal	3 veces al día <input type="checkbox"/> 1 vez al día <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA	Tipos de ejercicios	Movimientos independientes <input type="checkbox"/> Movimientos con ayuda <input type="checkbox"/> Ningún tipo de movimiento <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL	IMC	Desnutrido <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>
	Alimentos	Carnes <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Harinas <input type="checkbox"/> Productos lácteos <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

ESTILO DE VIDA DEL DISCAPACITADO.- El estilo de vida son las formas y costumbres en la que se desenvuelven los seres humanos, las cuales son determinadas por los factores socioculturales, en esta investigación determinaremos la relación que existe entre estas condiciones y la forma de vivir del discapacitado físico.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
CARACTERÍSTICA DEL DISCAPACITADO	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
	Edad	Menor de 1 año <input type="checkbox"/> De 2 a 5 años <input type="checkbox"/> De 6 a 12 años <input type="checkbox"/> De 13 a 19 años <input type="checkbox"/> De 20 a 40 años <input type="checkbox"/> De 41 a 64 años <input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/>
CULTURA	Etnias	Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Montubio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
ECONOMÍA	Nivel Económico	Nivel bajo <input type="checkbox"/> Nivel medio <input type="checkbox"/> Nivel alto <input type="checkbox"/>
	Apoyo Económico	Familiar <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDAD	Nivel de instrucción	Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Tercer Nivel <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>

DISCAPACIDAD	Porcentaje de discapacidad	Menor de 30% <input type="checkbox"/> De 31% a 50% <input type="checkbox"/> De 51% a 64% <input type="checkbox"/> Más del 65% <input type="checkbox"/>
	Tiempo con discapacidad	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 2 a 5 años <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 años <input type="checkbox"/>
	Grado de discapacidad	Gran dependencia <input type="checkbox"/> Dependencia severa <input type="checkbox"/> Dependencia moderada <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
TIPO DE RELACION	Cuidador	Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/>
SALUD	Controles Médicos	Mensuales <input type="checkbox"/> Trimestrales <input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
EMOCIONAL	Estado de Animo	Deprimido <input type="checkbox"/> Solitario <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Intranquilo <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
	Autoestima	Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>
	Relaciones Interpersonales	Introvertido <input type="checkbox"/> Extrovertido <input type="checkbox"/>

2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este caso se utilizó como instrumento de investigación, la encuesta para así conocer el grado de capacidad que tiene el cuidador para darle el cuidado al discapacitado físico y como técnica se utilizó la entrevista. Se investigó los factores están influyendo en su cuidado directamente.

FUENTES DE OBTENCION DE DATOS

Fuente primaria: en este caso es el cuidador de la persona discapacitada.

Fuente secundaria: se tomara de libros con los cuales trabajaremos para difundir la información específica.

2.6.1 PRUEBA PILOTO

Se realizó esta prueba con 10 encuestas a 10 cuidadores de las personas con discapacidad física, para certificar que el cuestionario estuvo bien estructurado y elaborado para obtener los resultados esperados.

2.6.2 PROCEDIMIENTO PARA OBTENCION DE DATOS

- ✚ Obtener la dirección de los discapacitados físicos en la Parroquia Anconcito de la Provincia de Santa Elena.
- ✚ Acudir a los hogares de los discapacitados físicos y sus cuidadores.
- ✚ Aplicar la encuesta a los cuidadores y al discapacitado físico.
- ✚ Consideraciones éticas.

2.6.3 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó el procesamiento de datos a través del programa Microsoft Excel, para la presentación de datos se emplearon tablas estadísticas y gráficos como barras, aplicando como medida los porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos.

2.6.4 TALENTO HUMANO

AUTORAS:

Internas de Enfermería:

- ✚ Orrala Roca Nancy Lucia y
- ✚ López Pilligua Elizabeth Gertrudis.

SUJETOS A INVESTIGAR:

- ✚ Cuidadores de las personas con discapacidad física y por otra parte a la persona con discapacidad física.

TUTORA:

- Lcda. Carmen Bailón Muñiz.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

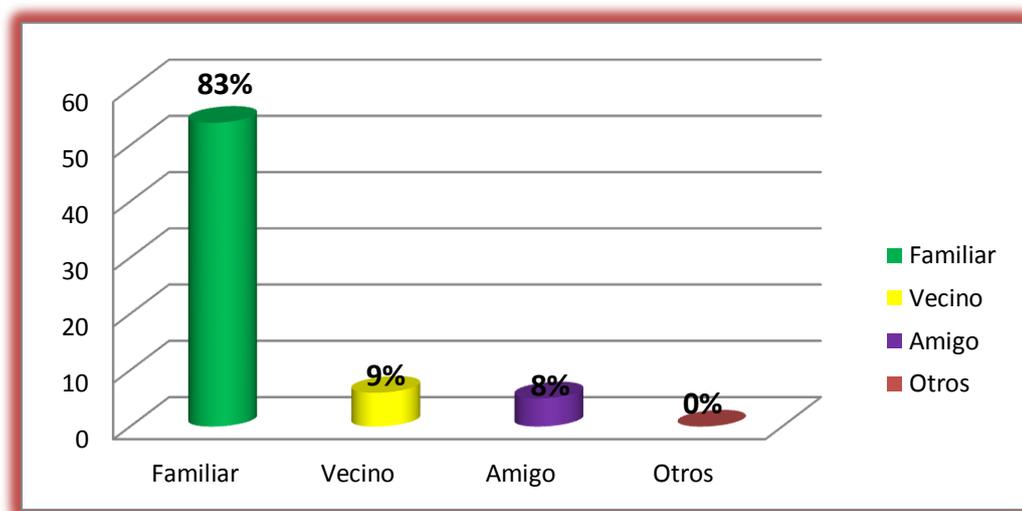
Tomando la parte legal de la investigación se realizó lo siguiente: Hoja de consentimiento informado dirigido a los participantes de la investigación como son: el cuidador y el discapacitado físico, dando a conocer el propósito de la investigación.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los datos, se procede a realizar el análisis e interpretación de los resultados, para lo cual se fundamenta con la fisiología de la discapacidad física y la teoría de Dorotea Orem quien hace énfasis a la teoría del autocuidado.

PARENTESCO DE CUIDADOR CON LA PERSONAS ESPECIAL



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

Esta investigación tiene como universo 63 Personas con capacidades especiales y sus cuidadores de la parroquia de Anconcito del cantón Salinas, de los cuales 54 discapacitados físicos que corresponde al 83% son cuidados por familiares; y 6 discapacitados físicos que corresponden al 9% son cuidados por vecinos (Anexo 9 Cuadro 3), 5 de ellos corresponde al 8% son cuidados por amigos y ninguno de

ellos son cuidados por otros. De esta población encontramos que el 92% de los cuidadores es Femenino y el 8% es Masculino (Anexo 7 cuadro y grafico 1).

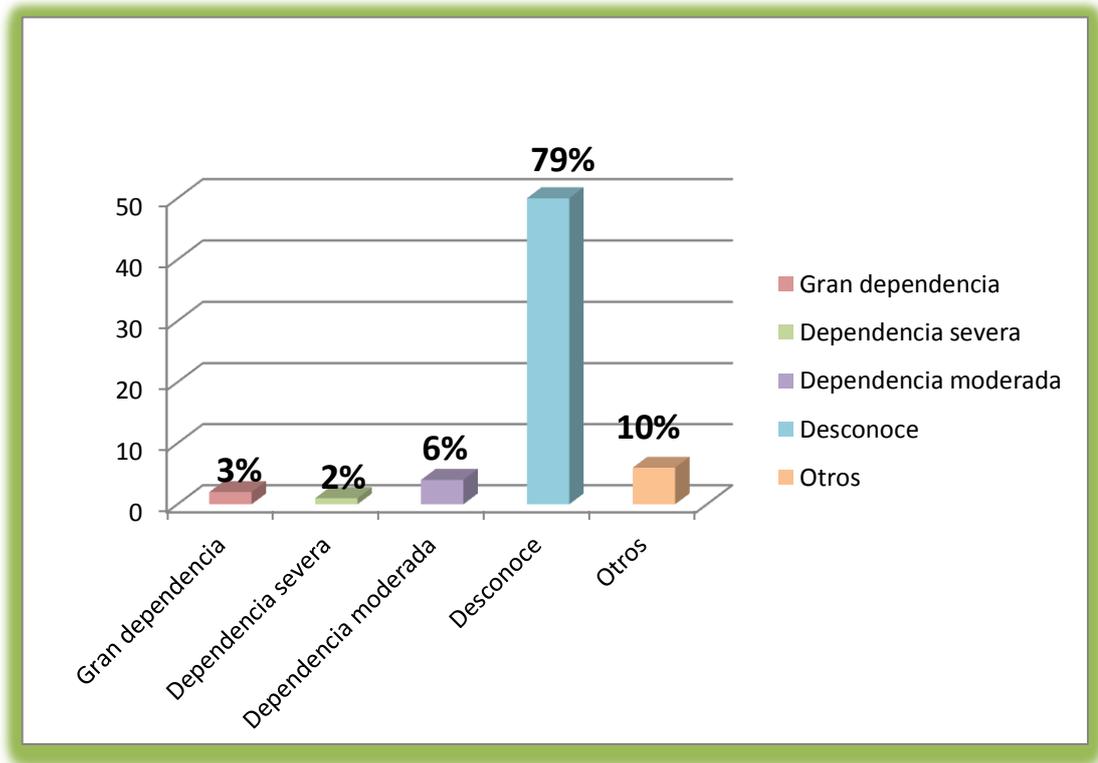
Según la Asociación Americana sobre discapacidad (2006) define a la familia como:

“Es una unidad de apoyo social en funcionamiento que cría y protege a sus miembros. El interés por la familia como unidad o sistema de apoyo social es fundamental en el enfoque centrado en la familia. Una unidad familiar también puede estar conformada por gente que no tiene vínculos de sangre, pero que son parte de un sistema de ayuda mutua, dedicado a cuidar unos de otros. Esto puede incluir, por ejemplo, compañeros de habitación que con el paso del tiempo han desarrollado un vínculo emocional y de apoyo cercano.”

Entonces tenemos que es importante mantener un vínculo familiar cuando exista la discapacidad física ya que se brindara un mejor cuidado por la parte afectiva que tiene el familiar.

Con relación al primer de este estudio que es “Definir el nivel de conocimiento que tiene el cuidador sobre el grado de discapacidad física que posee su familiar” en los resultados de investigación se observó que en los cuidados personales existe un débil nivel de conocimiento sobre los grados de dependencia del discapacitado físico.

CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

En el gráfico observamos que el 79% de los cuidadores desconoce el grado de discapacidad, un 6% conocen sobre la dependencia moderada, un 3% sobre gran discapacidad, un 2% respondieron que conocen sobre discapacidad severa, siendo así que en un 10% señalaron otros grados de discapacidad.

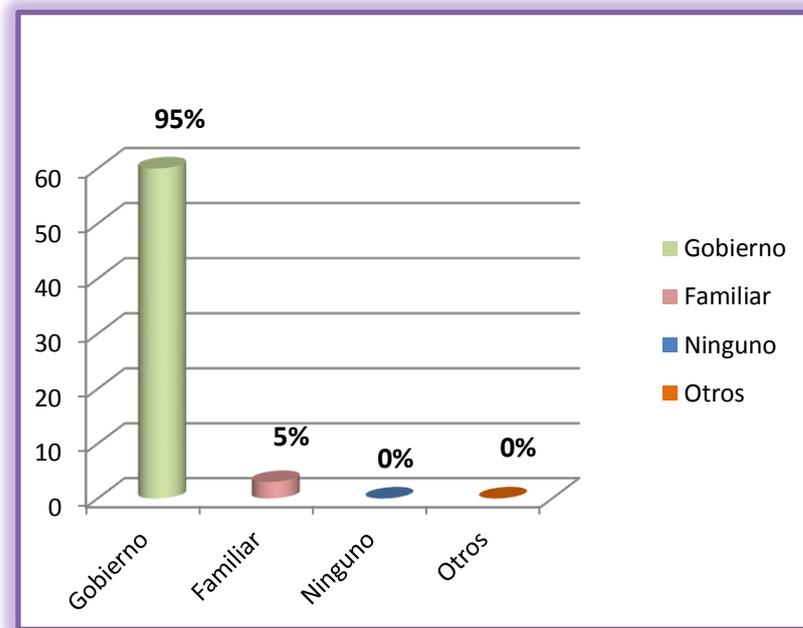
Según la información proporcionada por la EDDES (2006):

La población que quedaría encuadrada dentro de cada grado es:

- ✚ **Grado 3 (gran dependencia):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.
- ✚ **Grado 2 (dependencia severa):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- ✚ **Grado 1 (dependencia moderada):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Con respecto al segundo objetivo esta investigación de estudio, que es “Identificar las características biopsicosociales, económicas y emocionales del discapacitado físico”, los datos en cuanto a las características económicas los discapacitados físicos reciben apoyo económico del gobierno en un 95% y apoyo familiar en un 5% esto involucra que se pueda realizar chequeos trimestrales en un 68%, mensuales en un 19% y anuales en un 13% lo cual es crítico ya que no se está acudiendo con frecuencia a los chequeos médicos quedando así expuestos a cualquier tipo de complicación en su salud. El estado de ánimo de ellos es un decepcionante se encuentran deprimidos en un 55%, intranquilos 24%, solitario 5%, inseguros 3% y un 13 % se encuentran tranquilos, esto sucede debido a que el cuidador no goza de técnicas básicas de motivación.

APOYO ECONOMICO



Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E y Orrala N

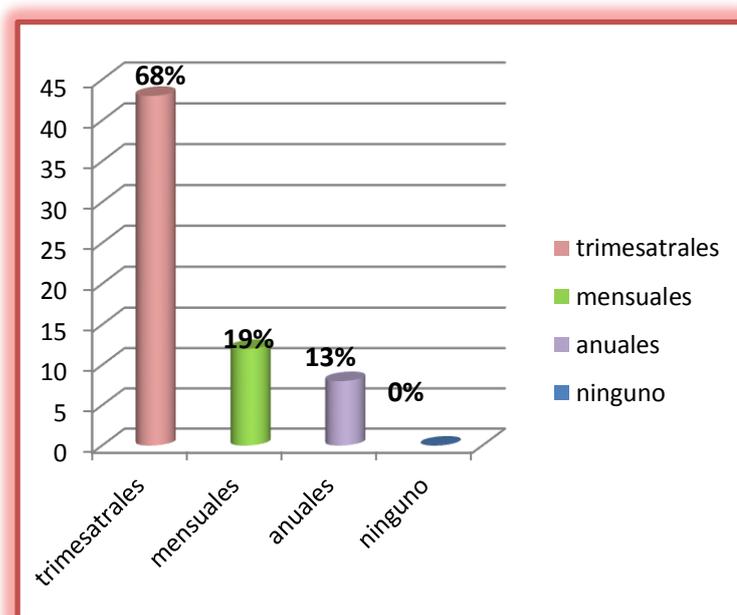
Se logró identificar que el discapacitado físico recibe apoyo económico, siendo así tenemos con un mayor, el 95% de que ellos reciben ayuda económica por parte del gobierno, como es el bono de desarrollo humano. Y con un menor porcentaje tenemos que ellos reciben apoyo económico por parte de algún familiar.

En 2010, la Vicepresidencia arrancó con la Misión “Joaquín Gallegos Lara”, una iniciativa que establece un bono de 240 dólares como una retribución mensual para el familiar o responsable de los cuidados de las personas con discapacidad intelectual o física severa que fueron identificadas por la Misión “Manuela Espejo”, y que requieren ser atendidos de manera integral por parte del Estado ecuatoriano.

En conclusión tenemos que los discapacitados físicos en su mayoría reciben apoyo por parte del gobierno.

Siendo así esto necesario para comprar sus medicinas o alguna otra cosa que ellos necesiten para solventar sus gastos. También reciben ayuda de la fundación manuela espejo.

CHEQUEO MEDICO



Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E y Orrala N

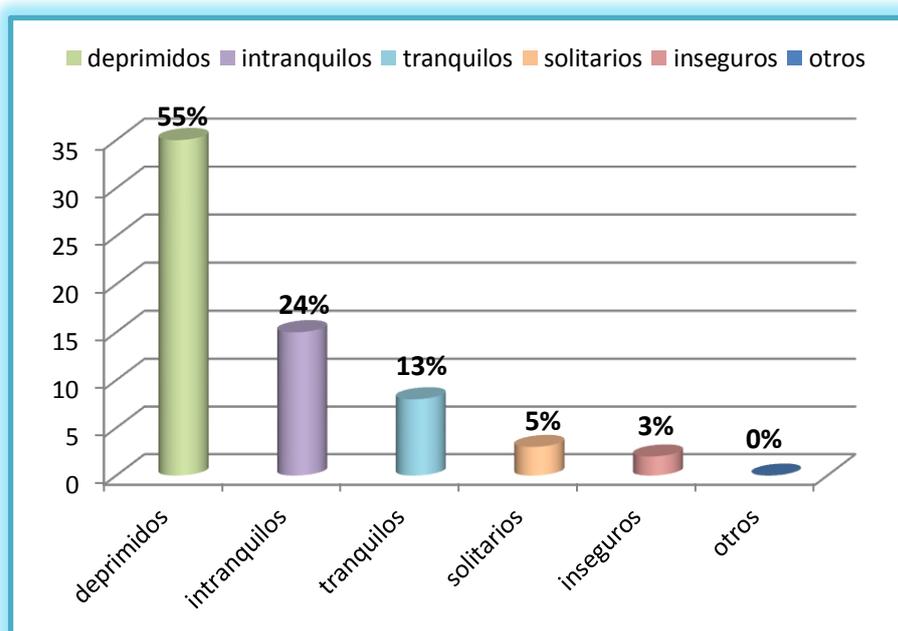
Con respecto a la frecuencia con que los cuidadores llevan a las personas con discapacidad física a realizarse los chequeos médicos. Siendo así tenemos con un mayor porcentaje, el 68% les realiza los controles médicos cada 3 meses, con un 19% tenemos que les realizan los controles médicos mensualmente y con un menor porcentaje siendo este del 13% tenemos que se les realiza los controles médicos anualmente.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006) Las personas con discapacidades necesitan de atención médica y programas de salud por los mismos motivos que el resto de la gente: para mantener su bienestar, estar activas y participar en la comunidad.

Tener una discapacidad no significa no estar saludable o no poder estarlo. Estar saludable representa lo mismo para todos nosotros, es decir, estar y mantenerse bien para llevar una vida plena y activa. Esto significa que debemos contar con las herramientas y la información necesarias para tomar decisiones saludables y saber cómo prevenir las enfermedades.

En conclusión cada 3 meses en su mayoría se les realiza los controles médicos a las personas con discapacidad física. Es importante que ellos lleven un control en las unidades de salud más cercana. Para que no se les dificulte el traslado y que este constantemente recibiendo alguna medicina si fuese necesario

ESTADO DE ANIMO



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E y Orrala N

Aquí nos indica cómo está el estado de ánimo del discapacitado físico. Con el 55% siendo este el de mayor porcentaje tenemos que ellos se encuentran deprimidos debido a la discapacidad que ellos poseen, siguiendo tenemos con un 24% que ellos se encuentran intranquilos y con un 5 % siendo este el de menor porcentaje tenemos que ellos se encuentran inseguros.

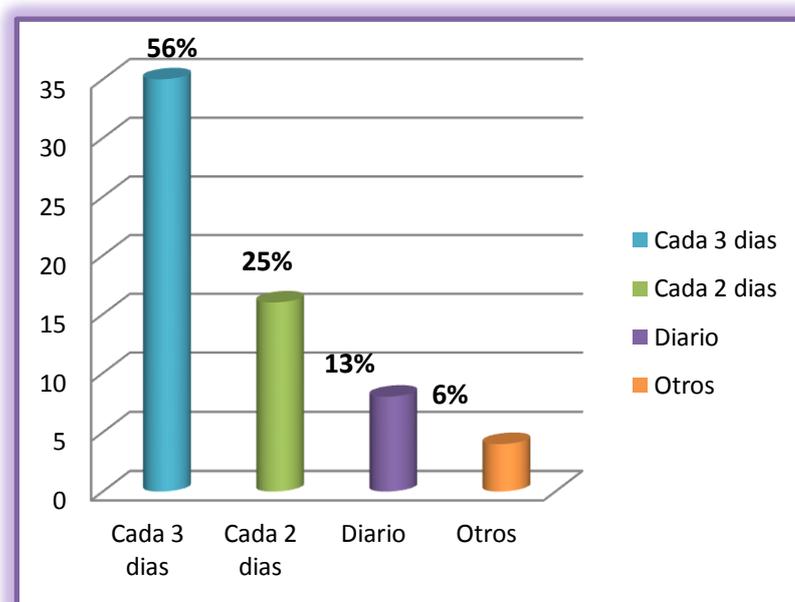
Según la COCEMFECYL - Confederación de personas con discapacidad física y orgánica de Castilla y León (2005).- Hemos aprendido a describirnos y valorarnos a través de la imagen que los demás han transmitido de nosotros a lo largo de nuestra historia de aprendizaje. “Un ejemplo claro sería una persona con discapacidad. En nuestra cultura se ha tendido a estigmatizar y en ocasiones a ridiculizar a la persona que la sufre, ocasionando una herida profunda en su autoestima, interiorizando en ocasiones tanto, que ahora forma parte de su lenguaje y de su valoración de la realidad.”

Muchas veces, esta valoración de la realidad no es percibida con claridad, magnificamos nuestras debilidades y minimizamos nuestras cualidades.

En conclusión las personas con discapacidad física se encuentran deprimidos debido a no poder realizar actividades de su agrado y estar postrado sin poder moverse del lugar donde se encuentran.

Con respecto al tercer objetivo de este estudio, que es “Determinar la atención que se les debe brindar al discapacitado físico en cuanto al tipo de higiene, alimentación, actividad y ejercicio”, los datos en cuanto a higiene nos muestra que el baño al igual que su limpieza bucal en sus medidas más altas, de la persona con discapacidad física nos han dado a conocer que en 56% se bañan cada 3 días y cumplen con limpieza bucal en un 43% una vez al día, informándonos que en una media del 50% de ellos no está cumpliendo con un aseo personal adecuado. La actividad física es muy buena debido que existe un 52% que tiene movimientos independientes, un 13% no realiza ningún tipo de movimiento y un 35% necesita ayuda para moverse siendo así uno de los puntos que mejor desempeño ha tenido ya que la mayoría de ellos si tiene actividad física sea asistida o no asistida.

BAÑO



Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E y Orrala N

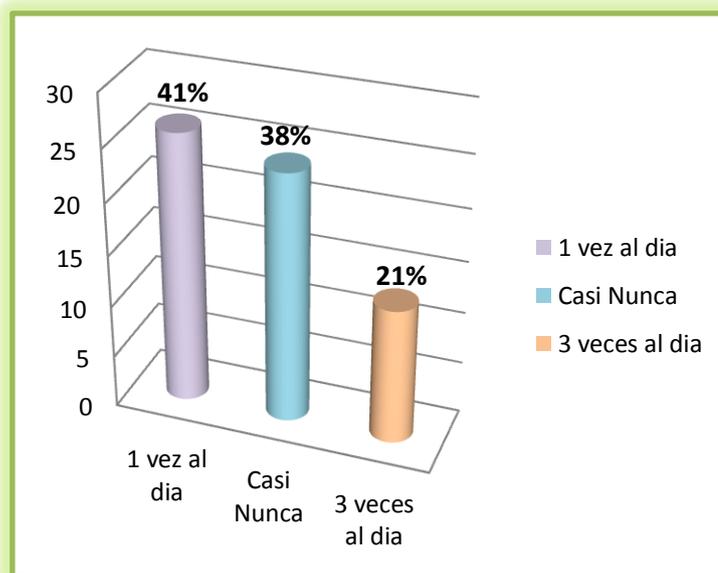
Aquí nos da a conocer acerca del aseo personal del discapacitado físico. Con un mayor porcentaje tenemos con un 56 % que se les realiza el baño cada 3 días, con

un 25% Tenemos que se les realiza cada 2 días, y con un 13 % tenemos que se les realiza el baño diario.

Según Elizondo, Luz. Principios básicos de salud. México, 1999. El baño diario es un parte fundamental del aseo personal; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Cambiarse de ropa después del baño es muy importante, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea.

En conclusión tenemos que ellos reciben el aseo personal cada 3 días debido a que el cuidador no tiene quien le ayude físicamente a trasladarlos o bañarlos.

FRECUENCIA DE LA LIMPIEZA BUCAL



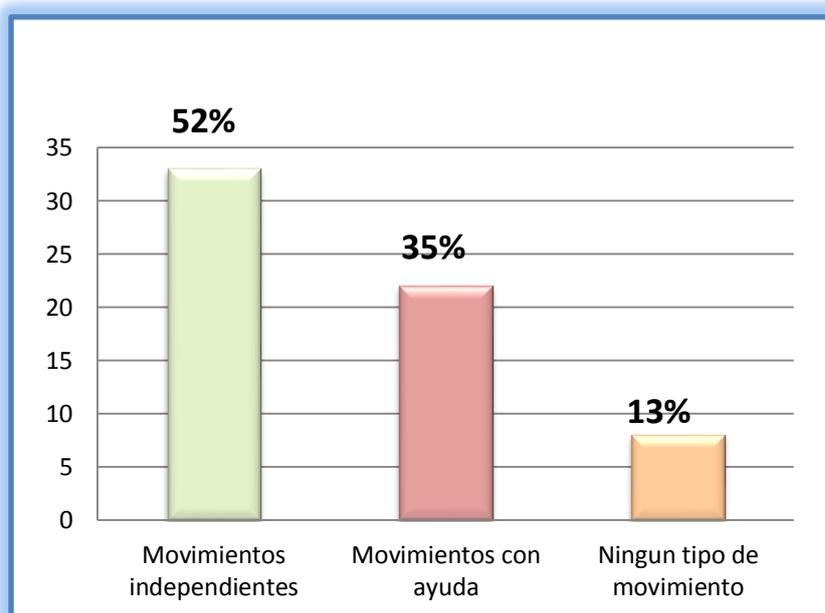
Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E y Orrala N

Aquí nos da a conocer acerca de la frecuencia con que se le realiza la limpieza bucal. Siendo así tenemos con mayor porcentaje del 41% tenemos que se le realizaba la limpieza bucal 1 vez al día, el 38% lo realizaba casi nunca, y el 21 % lo realizaba 3 veces al día.

Según Elizondo, Luz. Principios básicos de salud. México, (1999).- Es ideal lavarse los dientes después de cada comida. Así, eliminaremos la placa bacteriana, las caries y el mal aliento. Las caries constituyen un foco de infección a través del cual las bacterias pueden propagarse y producir enfermedades en órganos como el corazón o el riñón.

En conclusión la mayoría de las personas discapacitadas físicas se realizan el aseo bucal 1 vez al día, por diversas dificultades físicas que presentaban.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO



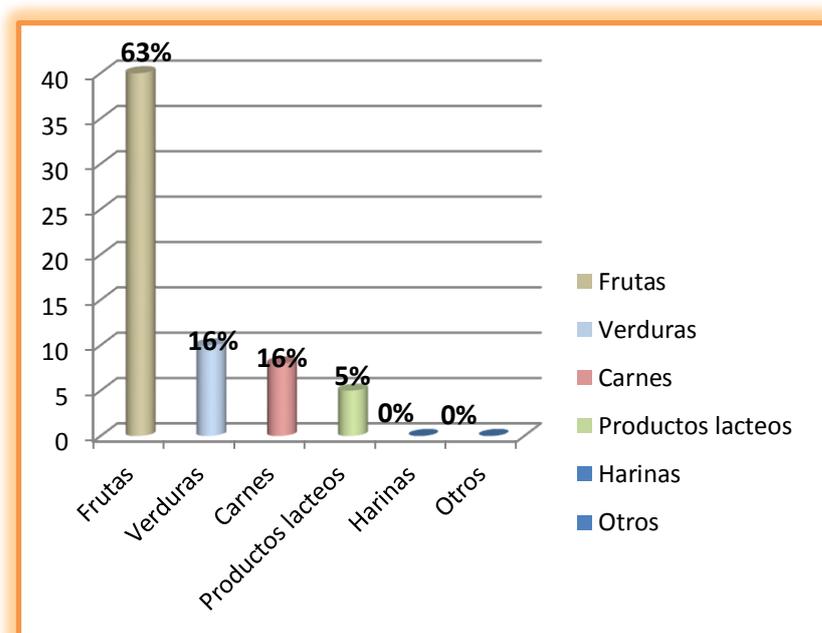
Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E y Orrala N

Aquí nos da a conocer acerca de la actividad y ejercicio que realizan las personas con discapacidad física, y si realizan o no terapias con ayuda o independientemente. Siendo así tenemos con un 52% siendo el mayor porcentaje que ellos realizan movimientos independientes, siguiendo tenemos un 35% realizan movimientos con ayuda. y en un menor porcentaje tenemos que ellos no realizan ningún tipo de movimientos corporales. Según José Manuel Gonzales Aramendi (2005).- La actividad física puede mejorar significativamente la calidad de vida, recuperando la independencia en algunas o todas las áreas de funcionamiento. El éxito medible en parámetros médicos, físicos y de bienestar, dependerá en gran medida de la voluntad de afrontar el proceso.

En conclusión el mayor porcentaje equivale a que los discapacitados físicos realizan movimientos independientes en su mayoría lo que traerá buenos resultados en su salud ya que no mantendrían sus extremidades superiores e inferiores en inactividad.

ALIMENTOS DE CONSUMO DIARIO



Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E y Orrala N

Aquí nos hace referencia acerca de la alimentación diaria que lleva la persona con discapacidad física. Con un porcentaje de 63% los discapacitados físicos son alimentados por sus cuidadores con frutas, un 16 % entre carnes y verduras y 5% en productos lácteos.

Tal y como reconoció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de DESC) en su Comentario General 12: “El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico , en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla.”

Para el Relator Especial, el derecho a la alimentación es: “El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra por dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.”

En conclusión las personas con discapacidad física consumen con mayor frecuencia las frutas. Es importante que ellos lleven una dieta equilibrada, y balanceada para estar sanos.

CONCLUSIONES

En este estudio investigativo acerca de la relación que existe entre el estilo de vida del discapacitado físico y la atención que le brinda el cuidador de acuerdo al análisis e interpretación de los resultados obtenidos concluimos lo siguiente:

- ✚ Los cuidadores en un 79% desconocen el grado de discapacidad que posee la persona que tienen a su cuidado, debido a que no existe una información explicativa que les dé a conocer cuáles son los grados de discapacidad y medidas se deben tomar ante una situación de las mismas.
- ✚ Reciben apoyo económico del gobierno en un 95% y apoyo familiar en un 5% esto involucra que se pueda realizar chequeos trimestrales en un 68%, mensuales en un 19% y anuales en un 13% lo cual es crítico ya que no se está acudiendo con frecuencia a los chequeos médicos quedando así expuestos a cualquier tipo de complicación en su salud. El estado de ánimo de ellos es un decepcionante se encuentran deprimidos en un 55%, intranquilos 24%, solitario 5%, inseguros 3% y un 13% se encuentran tranquilos, esto sucede debido a que el cuidador no goza de técnicas básicas de motivación.
- ✚ Los datos del baño con frecuencia al igual que su limpieza bucal en sus medidas más altas, de la persona con discapacidad física nos han dado a conocer que en 56% se bañan cada 3 días y cumplen con limpieza bucal en un 43% una vez al día, informándonos que en una media del 50% de ellos no está cumpliendo con un aseo personal adecuado. La actividad física es muy buena debido que existe un 52% que tiene movimientos independientes, un 13% no realiza ningún tipo de movimiento y un 35% necesita ayuda para moverse siendo así uno de los puntos que mejor desempeño ha tenido ya que la mayoría de ellos si tiene actividad física sea asistida o no asistida.

Las conclusiones a las que se llegó es que por la falta de capacitación en cuidados básicos integrales, el cuidador no ejerce la forma correcta de brindar atención. Es por este motivo que las personas con discapacidad física no logran tener un buen estilo de vida.

RECOMENDACIONES

En base al análisis y conclusión de la investigación realizada se sugiere las siguientes recomendaciones.

- ✚ Se recomienda que se realicen capacitaciones continuas a los familiares de los discapacitados en esta parroquia mediante un proyecto educativo.
- ✚ Formular un mayor número de preguntas a la encuesta con el objetivo de profundizar la interpretación de los datos.
- ✚ Se recomienda interactuar directamente con la persona con dependencia física ya que ellos nos proveen información relevante de sus problemas.
- ✚ Profundizar el estudio en el cuidador de la persona con discapacidad física debido que existen factores (positivos o negativos) que pueden estar afectando directamente su estilo de vida y los efectos se verán reflejados con mayor o menor prevalencia en las personas con discapacidad física.
- ✚ Que los estudiantes e internos de la carrera de enfermería realicen proyectos relacionados con los discapacitados físicos en base al cuidado por parte de la persona encargada de ellos, con capacitaciones continuas en los hogares de los discapacitados físicos.

BIBLIOGRAFÍAS

Álvarez Manilla, J. M., Valdés Krieg, E. & Curiel de Valdés, A. B. (2006). Inteligencia emocional y desempeño escolar. Revista Panamericana de Pedagogía.

Álvarez, M. (2010). La familia ante la enfermedad. Madrid: Ormag.

American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association. (6th ed.) Washington, DC: American Psychological Association.

Barton, L. (2005). Discapacidad y sociedad. New York: Morata.

Beukenkamp, G. (2001). ¿Qué te detiene? .Texas: Primavera.

Brown , A. (2010). Ejercicio y actividad física. Estados Unidos. Levine & Associates

Campoy, I. (2005). Los derechos de las personas con discapacidad. España. Dykinson.

Cano, A. (2006). La fuerza interior. Buenos Aires: La Nación.

Cano, A. (2008). Aceptando desafíos. Buenos Aires: La Nación.

Cardona, M., & Gallardo, V. (2006). Orientaciones ante la discapacidad motora. España: Rustica.

Castells, C. (2006). Deficiencias en el niño. México: CEA S.A Ediciones.

Domínguez, A. (2009). Herencia. Argentina: San Juan.

Escobar, G. (2010). Personas con discapacidad. Madrid: trama editorial.

Fisher, L. (2006). Atención dependiente, carga del cuidador, resistencia y agencia de autocuidado de los cuidadores. New york: Cancer Nursing.

Gimeno, V. (2011). Mejora de la discapacidad física y primeros auxilios para las personas dependientes en el domicilio. España: Vértice.

González, J. (2005). Actividad Física, deporte y vida. México. Lasarte.

Herdman, T., Heath, C., Meyer, G., Scroggins, L., & Vasallo, B. (2008). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier.

Inde, A. (2006). Discapacidades motoras y sensoriales. España: Rustica.

Mad, E. (2010). Orientación socio-laboral para personas con discapacidad. Madrid: Rustica.

Maíz, B. (2006). Discapacidad y autoestima. Europa: Trillas.

Martínez, S. (2009). Un testimonio de discapacidad y esperanza. Argentina: Un mundo gráfico.

McCloskey Dochterman, J., & Bulechek, G. (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (nic).. Madrid: Elsevier España.

- Mingolarra, P.** (2003). *Rehabilitación integral*. Barcelona: Masson.
- Montserrat, C.** (2006). *Discapacidades motoras .Sensoriales*. España: Indec.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Mass, M.** (2005). *Clasificación de resultados de enfermería (noc)*. Madrid: Elsevier España.
- Parra, C.** (2004). *Derechos humanos y discapacidad*. Bogotá: Centro editorial del rosario.
- Piantoni, C.** (2007). *Expresión, comunicación y discapacidad*. España: Rustica.
- Rivera, R.** (2008). *La vida sobre ruedas*. España: Rustica.
- Rodríguez, L.** (2005). *Educador/a de minusvalía*. España: Mad.
- Sinason, V.** (2009). *Comprendiendo a tu hijo discapacitado*. México: Paidós.
- Stevenson, A.** (2006). *Enfrentando la discapacidad y el deterioro físico*. Michigan: Loving Healing Pres.
- Vega, A.** (2008). *La educación social ante la discapacidad*. España: Rustica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Campoy, I. (2005). Los derechos de las personas con discapacidad: Perspectivas sociales, políticas, Jurídicas y Filosóficas. Madrid: DYKINSON.

Climent, j. (2008). La rehabilitación como especialidad médica. Madrid: Medica Panamericana.

Del Pozo Barrezueta, H. (2012, Septiembre 19). Ley orgánica de discapacidades. Retrieved from [http://www.lexis.com.ec/webtools/biblioteca_silec/documentos/noticias/2012-09-25-Ley Orgánica de Discapacidades.pdf](http://www.lexis.com.ec/webtools/biblioteca_silec/documentos/noticias/2012-09-25-Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Discapacidades.pdf) .

Espejo, M. (2010). Programas de la Vicepresidencia de la República. Retrieved from <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/>

Federacion Iberoamericana, O. (2010). Personas con discapacidad. Madrid: Monte Esquinza.

Flores Basulto, M. (2010, Septiembre 27). Discapacidad fisica. Retrieved from <http://es.scribd.com/doc/38199011/DISCAPACIDAD-FISICA>

Novoa Bejarano, G. (2000, Septiembre 26). Reglamento general a la ley de discapacitados. Retrieved from <http://dredf.org/international/Ecuador2.pdf>

OMS. (2011, Junio 9). Discapacidades. Retrieved from <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Perez, A. (2010). Inclusión, discapacidad y empleo: Ecuador: Cinca

Samaniego, P. (2006). Aproximacion a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamerica. Madrid: Graficas Alvani.

Torres, M. (1997). Género y discapacidad. Ecuador: Abyayala.

UDE. (1980). Minusvalia. Retrieved from <http://www.upc.edu/ude/particulares/informacion/informacion-generica-sobre-discapacidad/el-concepto-de-minusvalia-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud>

ANEXOS

ANEXO # 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN

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

La presente investigación es conducida por Nancy Lucia Orrala Roca y Elizabeth Gertrudis López Pilligua Internas de Enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. La meta de este estudio es **“El estilo de vida del discapacitado físico está en relación con la atención que le brinda el cuidador. Salinas. Anconcito. 2012 – 2013”**.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomara aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya agradecemos su participación.

Nancy Orrala Roca

Elizabeth López Pilligua

Encuestado

ANEXO # 2



ENCUESTA

UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA

INSTRUMENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS:

DIRIGIDA AL CUIDADOR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FISICA QUE HABITAN EN LA PARROQUIA ANCONCITO, PROVINCIA DE SANTA ELENA.

OBJETIVO:

Con esta encuesta se desea medir que tipo de estilo de vida tiene el discapacitado físico en cuanto a la atención que le brinda el cuidador.

Fecha: __ / __ / 20__

Nº de encuesta:

DATOS DE IDENTIFICACION

Persona encuestada:

Edad: _____

Sexo: _____

Nivel de escolaridad: _____

Tipo de trabajo: _____

INSTRUCTIVO:

Marque con una X en el recuadro la respuesta según su criterio

1. ¿Qué relación tiene usted con el discapacitado físico?

Amigo

Familiar

Vecino

Otros

2. ¿De qué sexo es la persona que usted tiene a su cuidado?

Masculino Femenino

3. ¿Entre qué edad se encuentra la persona que tiene a su cuidado?

Menor de 1 año De 20 a 40 años
De 2 a 5 años De 41 a 64 años
De 6 a 12 años Más de 65 años
De 13 a 19 años

4. ¿Cuál es el nivel de instrucción que tiene el discapacitado físico?

Primario Secundario Tercer Nivel Ninguno Otros

5.- ¿En qué grado de discapacidad en encuentra la persona a su cuidado?.

Señale:

Gran dependencia Dependencia severa Dependencia moderada
Ninguno Otros

6.-Realizo algún tipo de capacitación de la discapacidad que posee la persona a su cuidado:

Charlas educativas Ninguno
Investigación por internet Otros
Guías de cuidados especializados

7.- ¿Qué porcentaje de discapacidad posee el discapacitado físico?

Menor de 30% De 31% a 50% De 51% a 64% Más de 65%

8.- ¿Con que frecuencia usted le realiza el aseo personal al discapacitado físico?

Diario Cada 2 días Cada 3 días Otros

9. ¿Con que frecuencia le realiza la limpieza bucal a la persona que usted cuida?

3 veces al día 1 vez al día Casi Nunca

10. ¿Qué tipo de ejercicios realiza la persona que usted tiene a su cuidado?

Movimientos independientes

Movimientos con ayuda

Ningún tipo de movimiento

11. ¿Qué tipos de alimentos consume a diario la persona a su cuidado?

Carnes Harinas Productos lácteos Frutas Verduras Otros

12. Recibe apoyo económico:

Familiar Gubernamental Ninguno Otros

13. ¿Se le realiza controles médicos al discapacitado físico con qué frecuencia?

Mensuales Trimestrales Anuales Ninguno

14. ¿Cómo ve el estado de ánimo de la persona que tiene a su cuidado?

Deprimido Solitario Tranquilo Intranquilo Inseguro Otros

15. ¿Cuántos años tiene con esa discapacidad?

Menos de 1 año De 2 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años

16. Aparte de la discapacidad física posee otra discapacidad la persona que tiene a su cuidado?

Sí No ¿Cuál?: _____

17. ¿Cuál es la Causa de la discapacidad física?

Congénita Por accidente Enfermedad adyacente

18. ¿Con quién vive actualmente el discapacitado?

Vive solo Vive con familiar Otros

ANEXO # 3

FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

¿Es políticamente viable?

Si porque existe una población específica que son los discapacitados físicos en la que se piensa trabajar para realizar la investigación ya que no reciben un cuidado adecuado.

¿Se dispone de recursos: económicos, humanos, materiales?

Si se dispone de estos recursos ya que nosotras vamos a llevar a cabo toda la investigación con todo lo que esté a nuestro alcance, y las personas cuidadoras de estas parroquias serán un recurso muy importante.

¿Es suficiente el tiempo previsto?

El tiempo previsto se basa en el periodo académico el año 2012 por lo cual nos es factible recopilar suficiente información para esta investigación.

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

Por supuesto que se puede lograr con las estrategias y argumentos necesarios para mejorar el estilo de vida del Discapacitado Físico.

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

Con la colaboración de las personas seleccionadas en este grupo poblacional se puede lograr el objetivo deseado, se usaran estrategias y argumentos para mejorar su nivel de conocimiento sobre varios temas, por lo cual este trabajo de investigación está basado en la metodología de los modelos de Modelo de Dorothea Orem que es un modelo de suplencia y ayuda.

¿Hay problemas éticos morales en la investigación?

Dentro del problema ético puede estar presente ya que hay que respetar la vida de las demás personas y habrán ciertas de ellas que tengan ese tipo de pensamiento.

PERTINENCIA

¿Se podrá generalizar los hallazgos?

Sí, porque analizaremos los datos con el método deductivo.

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

En cuanto al discapacitado físico serán satisfechas las necesidades básicas en su cuidado.

¿Qué prioridad tiene la solución de este problema?

El estilo de vida del discapacitado físico en sus malas condiciones de acuerdo al cuidado que le brinda el cuidador.

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

El estilo de vida no adecuado para sus condiciones actuales por la falta de conocimiento que tiene la persona que brinda el cuidado.

¿Está interesado y motivado el investigador?

Claro que sí, porque vamos a ayudar a los discapacitados físicos a tener un mejor estilo de vida el cual sea saludable y beneficioso para ellos.

¿Es competente el investigador para estudiar dicho problema?

Sí, porque como futuras profesionales estamos inmersas a mejorar la expectativa de vida y cuidado del discapacitado físico.

ANEXO # 4

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PLAN 1

PATRON AFECTADO
Dominio:6 Autopercepción
Clase: 2 Autoestima
DIAGNÓSTICO
Riesgo de baja autoestima
R/C : Enfermedad Física
RESULTADOS (Noc)
Adaptación a la discapacidad física
Capacidad personal de recuperación
Modificación psicosocial : cambio de vida
INTERVENCIONES(Nic)
+ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación
+ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
+ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten el autoestima
+ Observar los niveles de autoestima
EVALUACION
Se logra que la persona con discapacidad física aumente su autoestima

PLAN 2

PATRON AFECTADO
Dominio:11 Seguridad/ protección
Clase:2 lesión física
DIAGNÓSTICO
Riesgo de Caídas
R/C : Uso de dispositivos de ayuda(p.ejemp. Bastón, Andador, etc.)
RESULTADOS (Noc)
 Ambiente seguro del hogar
 Ambular
 Movimiento coordinado
 Deambulaci3n segura
INTERVENCIONES(Nic)
 Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas
 Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas
 Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable
 Mantener dispositivos de ayuda en buen estado de uso
 Enseñar al paciente a utilizar un bast3n o un andador
 Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos
 Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones
 Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo
 Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad
 Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar
EVALUACION
Se logra que la persona con discapacidad física se moviliza sin riesgo alguno de sufrir caídas

PLAN 3

PATRON AFECTADO
Dominio:12 Confort
Clase:3 Confort Social
DIAGNÓSTICO
Aislamiento Social
R/C :Alteraciones del aspecto físico
M/P: Evidencia de discapacidad física
RESULTADOS (Noc)
 Habilidad de interacción social
 Implicación Social
 Participación en las actividades de ocio
 Bienestar personal
 Equilibrio emocional
INTERVENCIONES(Nic)
 Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
 Proporcionar seguridad al paciente sobre la realización de la habilidad social
 proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de sus respuestas sociales,
 Animar al paciente y a los seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social,
EVALUACION
Se logra que la persona con discapacidad tenga una buena interacción social

PLAN 4

PATRON AFECTADO
Dominio: Actividad/ Ejercicios
Clase: Actividad/ Ejercicio
DIAGNÓSTICO
Dx: Deterioro de la movilidad física
R/C: Deterioro del estado físico
E/P: Cambios en la marcha
RESULTADOS (NOC)
 Movilidad
 Mantenimiento del equilibrio
 Coordinación
 Ambulación
INTERVENCIONES (NIC)
 Elegir técnicas de traslado que sea adecuada para el paciente
 Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (muletas, silla de ruedas, etc)
 Asegurarse de que el equipo funcione antes de utilizarlo
 Realizar una demostración de la técnica si procede
 Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (higiene personal)
 Proporcionar privacidad, preservar el pudor del paciente
 Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos
 Ayudar al paciente a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si procede
EVALUACION
Se logra que el discapacitado acceda a realizar los ejercicios pasivos

PLAN 5

PATRON AFECTADO
Dominio: 6 Auto percepción
Clase: 1 Auto concepto
DIAGNÓSTICO
Dx: Riesgo de soledad
R/C: Aislamiento social
RESULTADOS (NOC)
 Adaptación a la discapacidad física
 Se adapta a limitaciones funcionales
 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad
INTERVENCIONES (NIC)
 Apoyo emocional
 Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
 Abrazar y tocar al paciente para proporcionarle apoyo
 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
 Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos
 Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimiento de pena
EVALUACION
Se logra que el discapacitado físico comparta emoción con sus familiares

ANEXO # 5

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES					
	Julio 2012	Agosto 2012	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012
Introducción al proyecto de tesis	→					
Elección y presentación del tema		→				
*Priorización de problemas *Factibilidad y pertinencia		→				
Elaboración del planteamiento y formulación del problema		→				
Elaboración de la justificación		→				
Elaboración de los objetivos			→			
Elaboración de hipótesis y variables			→			
Elaboración de metodología y técnicas			→			
Elaboración de marco teórico			→			
Elaboración de marco legal					→	
Elaboración de cronogramas y presupuesto					→	
Revisión de anteproyecto por la tutora general						→
Entrega de Anteproyecto						→

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES				
	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013
Conocimiento del Tutor	→				
Elaboración del planteamiento del problema	→	→			
Elaboración de la justificación		→	→		
Elaboración de los objetivos		→	→		
Elaboración de hipótesis			→		
Operacionalización de Variables			→	→	
Elaboración de la Metodología			→	→	
Elaboración de marco Teórico y Legal			→	→	
Entrega de consentimiento informado a los participantes				→	→
Realización de Encuestas respectivas				→	→
Tutorías Correspondientes		→			
Tabulación de datos				→	→
Realización de conclusiones y recomendaciones				→	→
Finalización de tesis con ultimas correcciones					→
Presentación de los 3 anillados					→

ANEXO # 6

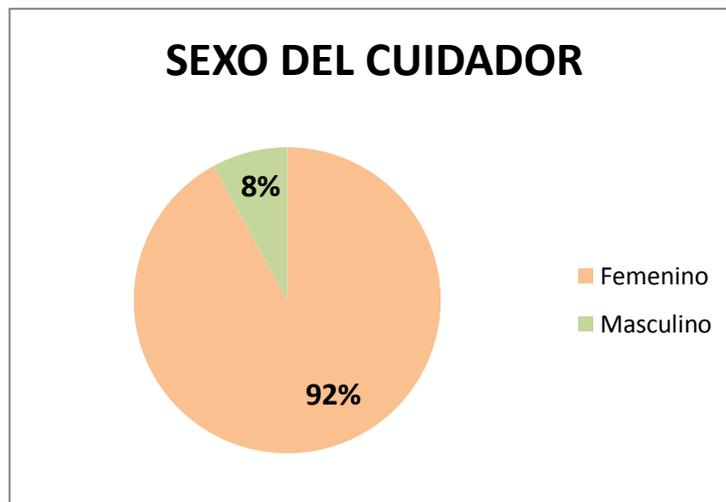
**PRESUPUESTO PARA LA ELABORACION DEL TRABAJO DE
INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
LICENCIADA DE ENFERMERIA**

	CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
INSUMOS DE OFICINA	5	LÁPIZ	\$ 0,30	\$ 1,50
	2	BORRADORES	\$ 0,25	\$ 0,50
	2	TABLEROS	\$ 3,50	\$ 7,00
	4	BOLÍGRAFOS	\$ 0,30	\$ 0,60
	2000	IMPRESIONES	\$ 0,15	\$ 300,00
	180	INTERNET(HORAS)	\$ 0,75	\$ 135,00
	4	CARPETAS PLÁSTICAS	\$ 0,75	\$ 3,00
	6	ANILLADO DEL PROYECTO	\$ 1,50	\$ 9,00
	20	LLAMADAS TELEFÓNICAS	\$ 0,50	\$ 10,00
TRANSPORTE	80	TRANSPORTE INTERCANTONAL	\$ 0,25	\$ 20,00
	30	TRANSPORTE INTERPROVINCIAL	\$ 10,00	\$ 300,00
		TOTAL		\$ 786,60

CUADRO Y GRAFICO # 1

SEXO DEL CUIDADOR

SEXO DEL CUIDADOR	#	%
Femenino	58	92%
Masculino	5	8%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

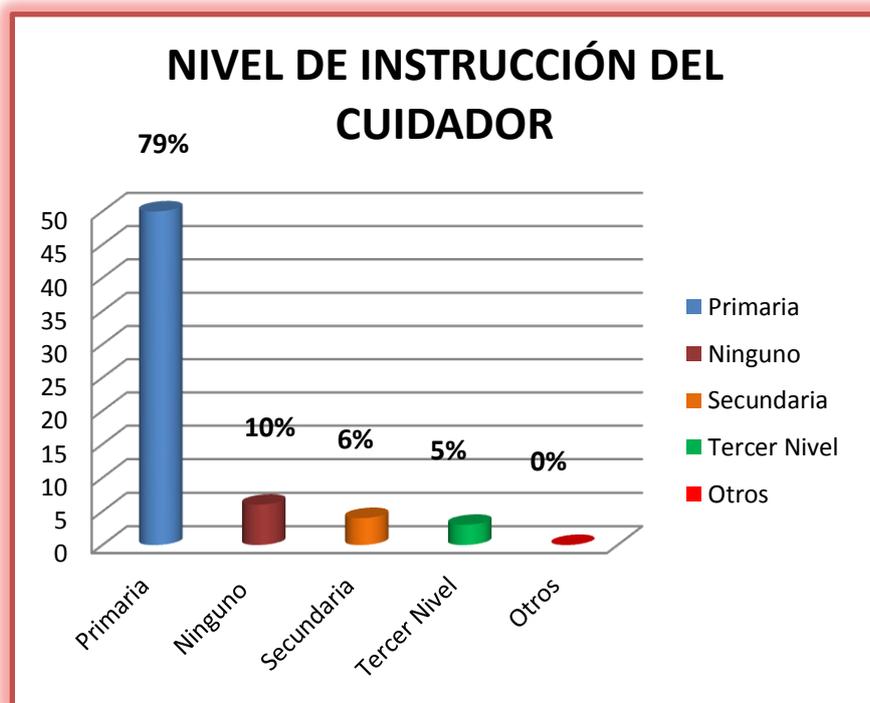
Elaborado por: López E. Y Orrala N

En este cuadro refleja que en un mayor porcentaje de 92% de los cuidadores son de sexo femenino y que en un 8% son de sexo masculino.

CUADRO Y GRAFICO #2

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	#	%
Primaria	50	79%
Secundaria	4	6%
Tercer Nivel	3	5%
Ninguno	6	10%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

En este cuadro refleja que en mayor porcentaje 79% de los cuidadores solo tenían instrucción primaria, que el 10% de los cuidadores no tenían ningún tipo de estudio, y que en menor porcentaje tenían estudios de tercer nivel que equivale al 5%.

CUADRO # 3

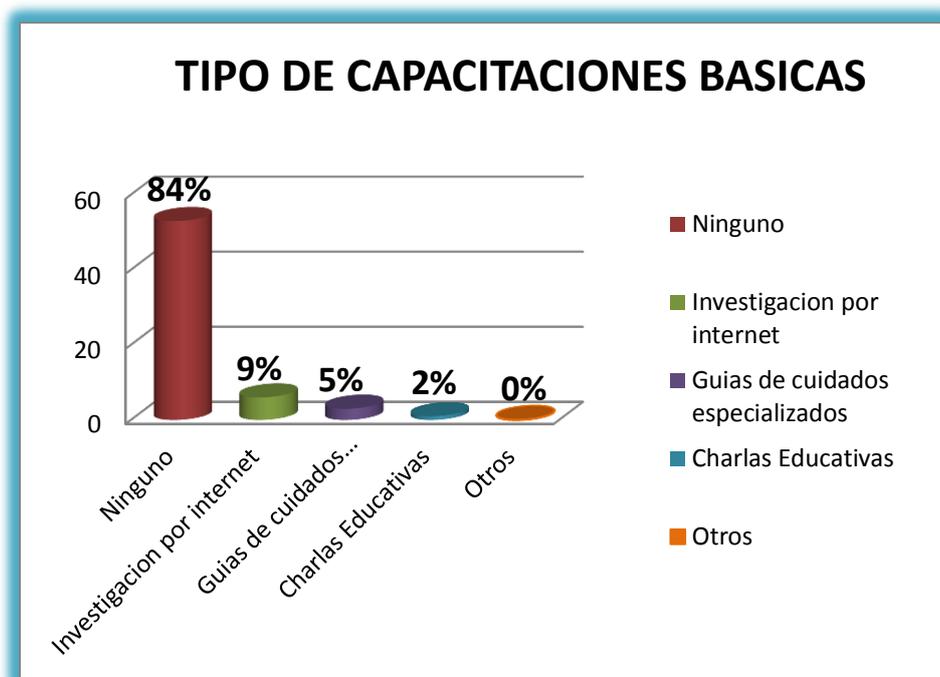
PARENTESCO DE CUIDADOR CON LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES

PARENTESCO DE CUIDADOR CON DISCAPACITADO FISICO	#	%
Amigo	5	8%
Familiar	54	83%
Vecino	6	9%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%

La distribución de los discapacitados físicos en relación con quien vive es que del 100%. Un 83% viven en compañía de un familiar, en un 9% viven con un vecino, y en un 8% viven con un amigo.

CUADRO Y GRÁFICO 4 TIPOS DE CAPACITACIONES BÁSICAS

TIPO DE CAPACITACIONES EN CUIDADOS BASICOS	#	%
Ninguno	53	84%
Investigación por internet	6	9%
Guías de cuidados especializados	3	5%
Charlas Educativas	1	2%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

En este cuadro representa que el 84% de los cuidadores no se han capacitado de ninguna forma para saber de lo que posee la persona a su cuidado, el 9% solo ha leído por internet algo sobre la discapacidad, el 2% ha recibido charlas educativas.

CUADRO 5
CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE EL GRADO DE
DISCAPACIDAD

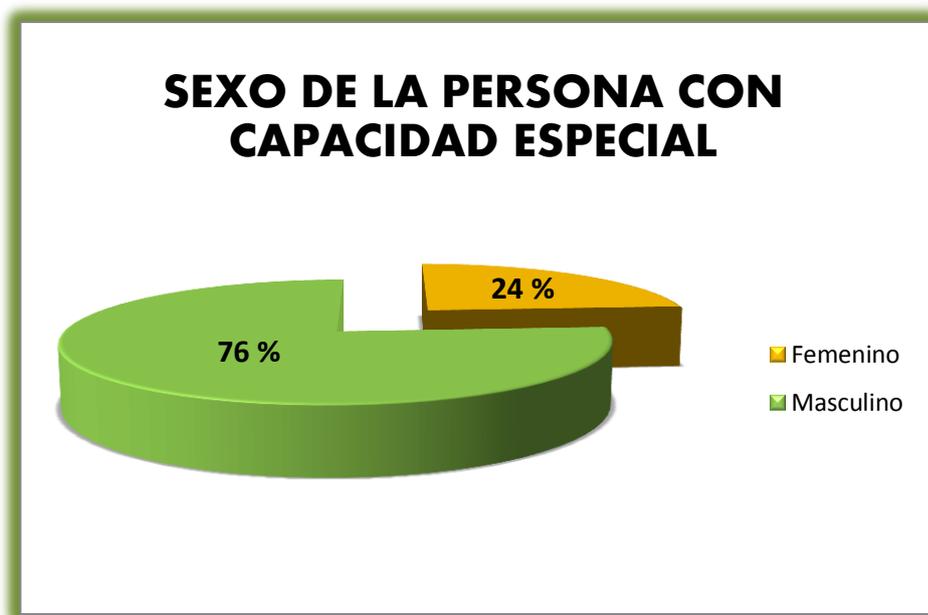
CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD	#	%
Gran dependencia	2	3%
Dependencia severa	1	2%
Dependencia moderada	4	6%
Ninguno	50	79%
Otros	6	10%
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que en un mayor porcentaje de 79% los cuidadores no tenían ningún conocimiento sobre el grado de discapacidad que posee su familiar, y que en un 6% decían que el discapacitado físico tenía dependencia moderada.

CUADRO Y GRÁFICO 6

SEXO DE LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES

SEXO DEL DISCAPACITADO FISICO	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
Masculino	48	76%
Femenino	15	24%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

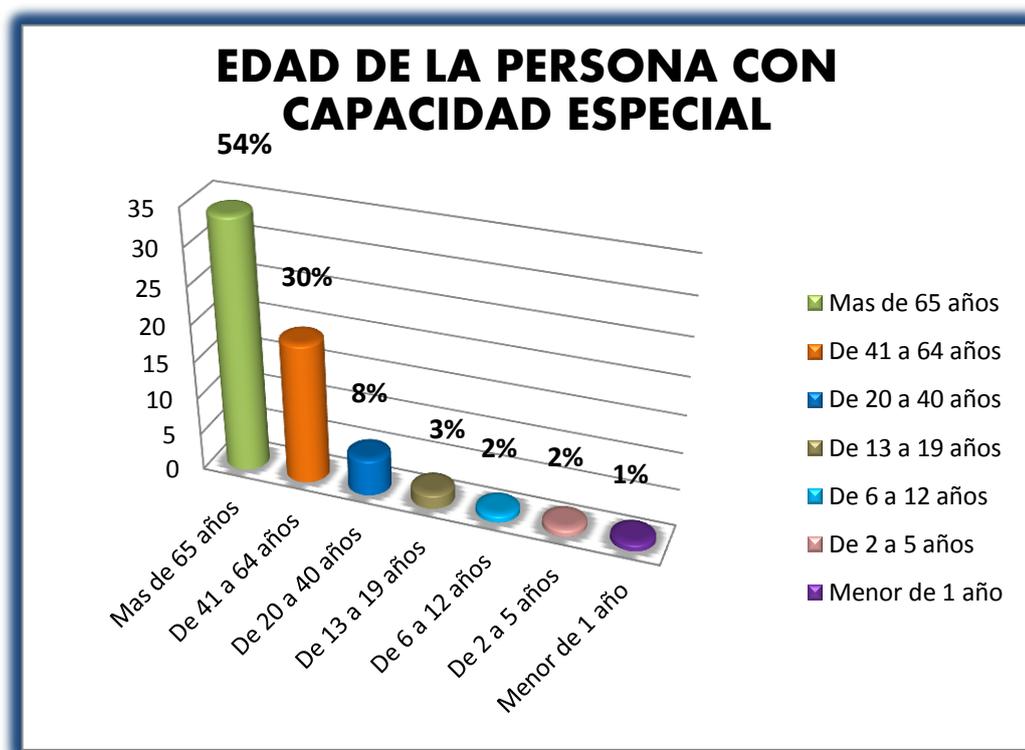
Elaborado por: López E. Y Orrala N

En cuanto al sexo de la persona con discapacidad especial observamos que el 76% son de sexo masculino y que el 24% son de sexo femenino.

CUADRO Y GRÁFICO 7

EDAD DE LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES

EDAD	#	%
Menor de 1 año	1	1%
De 2 a 5 años	1	2%
De 6 a 12 años	1	2%
De 13 a 19 años	2	3%
De 20 a 40 años	5	8%
De 41 a 64 años	19	30%
Más de 65 años	34	54%
TOTAL	63	100%



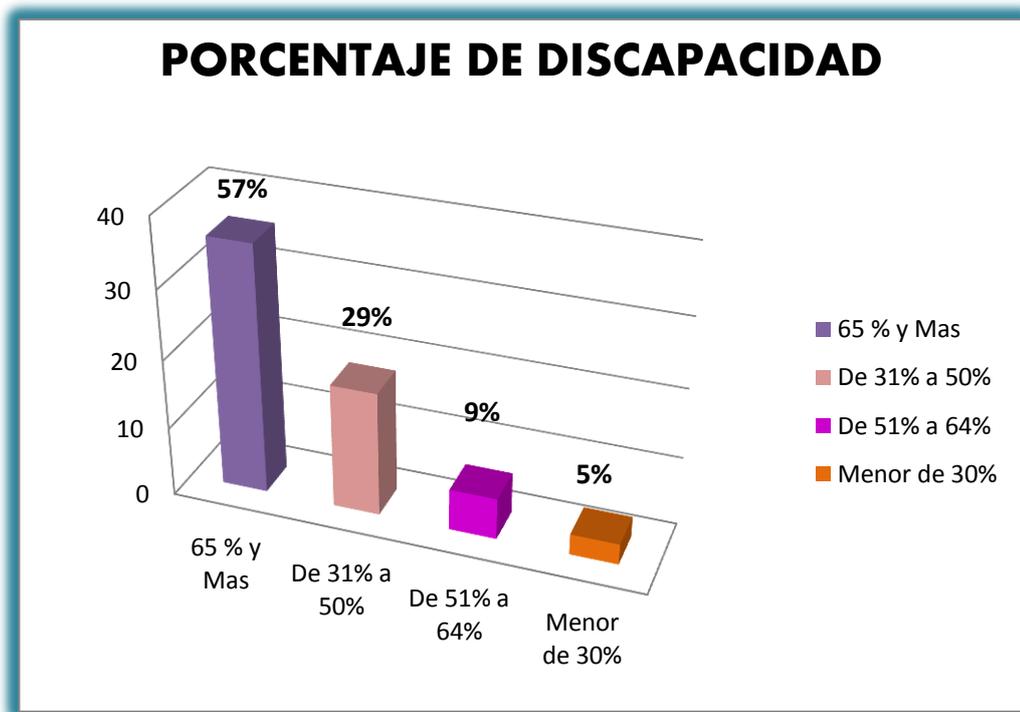
Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

En cuanto a la edad de la persona con discapacidad especial se observa que en un 54% están entre más de 65 años de edad, que en un 30% están entre 41 y 64 años de edad, y en un 1% se encuentran entre el rango menor de 1 año.

**CUADRO Y GRÁFICO 8
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD**

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	#	%
Menor de 30%	3	5%
De 31% a 50%	18	29%
De 51% a 64%	6	9%
65 % y Mas	36	57%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta
Elaborado por: López E. Y Orrala N

En este cuadro refleja que el 57% de la persona con discapacidad especial tienen más del 65% de discapacidad, que el 29% tiene de 31% a 50% de discapacidad, y en un menor porcentaje 5% tienen menos del 30% de discapacidad.

CUADRO 9
FRECUENCIA DEL BAÑO

FRECUENCIA DEL BAÑO	#	%
Diario	8	13%
Cada 2 días	16	25%
Cada 3 días	35	56%
Otros	4	6%
TOTAL	63	100%

Este cuadro refleja que el mayor porcentaje el 56% le realiza el baño cada 3 días, el 25% cada 2 días y en menor porcentaje respondieron que le realizaban a diario que fue un 13%.

CUADRO 10
FRECUENCIA DE LIMPIEZA BUCAL

FRECUENCIA DE LIMPIEZA BUCAL	#	%
3 veces al día	13	21%
1 vez al día	26	41%
Casi Nunca	24	38%
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que el 41% se realizaba la limpieza bucal 1 vez al día, en un 38% lo realizaba casi nunca, que en un 21% lo realizaba 3 veces al día.

CUADRO 11
ACTIVIDADES Y EJERCICIOS

ACTIVIDAD Y EJERCICIOS	#	%
Ningún tipo de movimiento	8	13
Movimientos con ayuda	22	35
Movimientos independientes	33	52
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que en un mayor porcentaje que es el 52 % realizan movimientos independientes, en un 35% los realizan con ayuda y que en un 13% no realizan ningún tipo de movimiento.

CUADRO 12
ALIMENTOS DE CONSUMO DIARIO

ALIMENTOS DE CONSUMO DIARIO	#	%
Carnes	10	16%
Harinas	0	0%
Productos lácteos	3	5%
Frutas	40	63%
Verduras	10	16%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que el mayor porcentaje de 63% consumen frutas, el 16% consumen verduras, y el 5% consumen productos diarios.

CUADRO 13
APOYO ECONÓMICO

APOYO ECONÓMICO	#	%
Familiar	3	5%
Gobierno	60	95%
Ninguno	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%

En este cuadro el 95% recibe apoyo del gobierno, el 5% recibe apoyo de familiares, el 0% recibe apoyo de ningún tipo de entidad.

CUADRO 14
CONTROLES MEDICOS

CONTROLES MÉDICOS	#	%
Ninguno	0	0%
Anuales	8	13%
Mensuales	15	24%
Trimestrales	40	63%
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que el 68% se realiza chequeos trimestrales, el 19% se realiza chequeos mensuales, el 13% se realiza chequeos anuales.

CUADRO 15

ESTADO DE ANIMO DE LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES

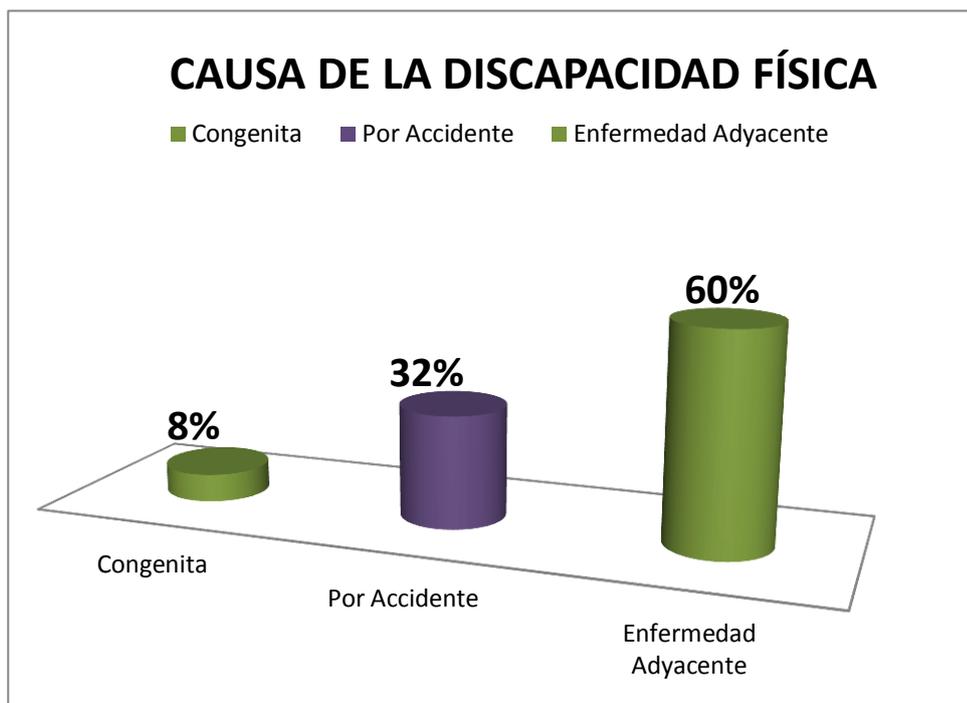
ESTADO DE ANIMO	#	%
Tranquilo	57	90%
Intranquilo	3	5%
Deprimido	2	3%
Solitario	1	2%
Inseguro	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%

En este cuadro refleja que el 55% de las personas con discapacidad especial se encuentra deprimidos, el 24% se encuentran intranquilos, el 3% se encuentran inseguros.

CUADRO Y GRÁFICO 16

CAUSA DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

CAUSA DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA	#	%
CONGÉNITA	5	8
POR ACCIDENTE	20	32
ENFERMEDAD ADYACENTE	38	60
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

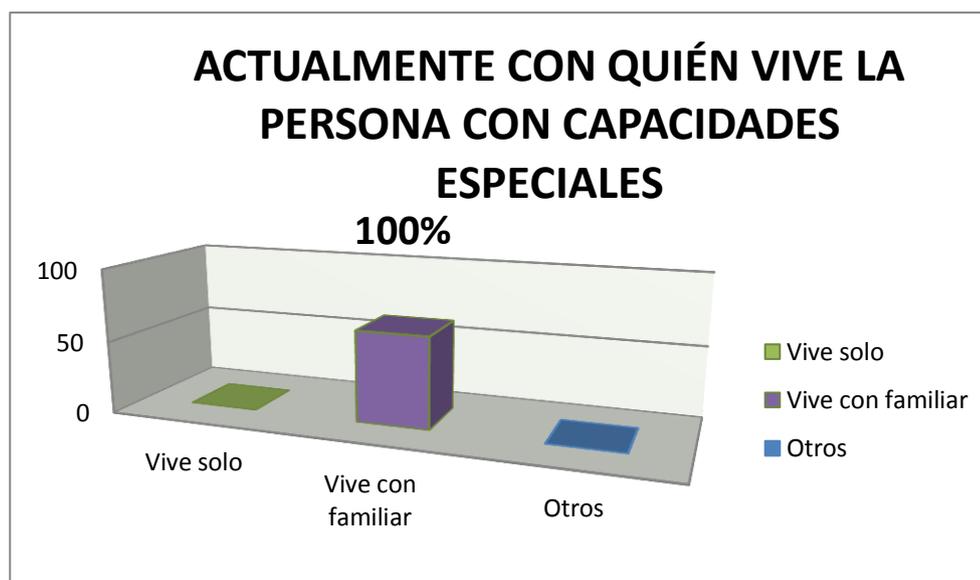
Elaborado por: López E. Y Orrala N

En relación con la causa de la discapacidad observamos que el 60% es por enfermedad adyacente, en un 32% es ocasionado por accidente y el 8% es por causa congénita.

CUADRO Y GRÁFICOS 16

CON QUIÉN VIVE LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES

CON QUIEN VIVE EL DISCAPACITADO	#	%
Vive solo	0	0%
Vive con familiar	63	100%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: López E. Y Orrala N

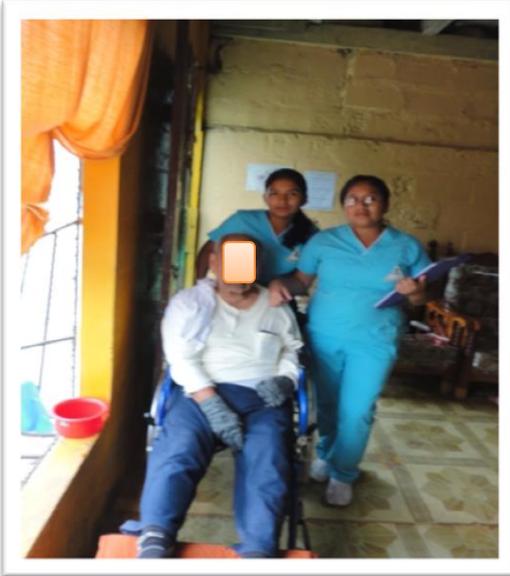
En relación al cuidador del discapacitado físico observamos que un 100% viven con familiares actualmente.

ANEXO # 8

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Realizando encuestas al cuidador





CARNET DEL CONADIS



GLOSARIO

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

Actividad.- Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Barreras.- Factores en el entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Se incluyen: entornos físicos inaccesibles, falta de una adecuada asistencia tecnológica y actitudes negativas hacia la discapacidad.

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

Limitaciones a la actividad.- Son la dificultad en ejecutar actividades, por ejemplo, caminar o comer.

Discapacidad física.- Es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

Personas con discapacidad.- Son todas aquellas personas que tengan deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, igualdad de condiciones con las demás.

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.

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.

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.

Discapacidad.- La discapacidad (física, intelectual o sensorial –visual o auditiva-) es una condición que se da cuando una persona requiere apoyos significativos en las habilidades de la vida diaria con el fin de ser independiente y autónomo en el entorno en que vive. Nuestro reto como sociedad consiste en proporcionarles dichos apoyos.

Necesidad.- Impulso que tienen todas las personas con y sin discapacidad para que las circunstancias y las causas de la vida diaria tengan un sentido razonable, sensato y favorable.

Oportunidades.- Circunstancias de utilidad y beneficio para las personas con discapacidad en tiempo y lugares precisos.

Amputar.- Cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o parte de él

Atención: Función mental por la que nos concentramos en un instante cualquiera en algo (un objeto o ciertas características del ambiente), ignorando o percibiendo difusamente lo demás.

Depresión.-Trastorno de la afectividad caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica y pérdida de interés por las ocupaciones habituales.

Deterioro.-Daño progresivo en mayor o menor grado de las facultades intelectuales o físicas de una persona.

Discriminación social.-Trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, biopsicológicos, de edad, etc.

Minusvalía.- Según la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, (CCIDM) publicada en 2006 por la OMS, una minusvalía "es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)."

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

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

**PROYECTO EDUCATIVO PARA EL CUIDADOR DE
LA PERSONA CON CAPACIDADES ESPECIALES.
“HACIA UN MEJOR FUTURO”. 2012-2013.**

**AUTORAS:
ORRALA ROCA NANCY LUCIA
LÓPEZ PILLIGUA ELIZABETH GERTRUDIS**

TUTORA: LCDA.CARMEN BAILÓN M. MSc.

ANCONCITO- ECUADOR

2013

PROPUESTA

ANTECEDENTES

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.

Existen diversos tipos de discapacidad física: Físicos No Motóricos, Insuficiencia Renal.

Físicos Motóricos: Poliomiélitis, Parálisis cerebral. Amputación, Deformaciones ortopédicas.

La causa de las discapacidades físicas pueden ser: Genéticas, Congénitas, Adquiridas, Temporales, Permanentes.

En la Parroquia Anconcito existen personas con discapacidades físicas, que son cuidadas por sus familiares, les suelen brindar atención integral.

En esta investigación queremos determinar si el estilo de vida del discapacitado físico está en relación con la atención que le brinda el cuidador. Teniendo como resultados que:

Los datos del baño con frecuencia al igual que su limpieza bucal en sus medidas más altas, de la persona con discapacidad física nos han dado a conocer que en 56% se bañan cada 3 días y cumplen con limpieza bucal en un 43% una vez al día, informándonos que en una media del 50% de ellos no está cumpliendo con un aseo personal adecuado. La actividad física es muy buena debido que existe un

52% que tiene movimientos independientes, un 13% no realiza ningún tipo de movimiento y un 35% necesita ayuda para moverse siendo así uno de los puntos que mejor desempeño ha tenido ya que la mayoría de ellos si tiene actividad física sea asistida o no asistida.

Reciben apoyo económico del gobierno en un 95% y apoyo familiar en un 5% esto involucra que se pueda realizar chequeos trimestrales en un 68%, mensuales en un 19% y anuales en un 13% lo cual es crítico ya que no se está acudiendo con frecuencia a los chequeos médicos quedando así expuestos a cualquier tipo de complicación en su salud. El estado de ánimo de ellos es un decepcionante se encuentran deprimidos en un 55%, intranquilos 24%, solitario 5%, inseguros 3% y un 13 % se encuentran tranquilos, esto sucede debido a que el cuidador no goza de técnicas básicas de motivación.

Por todos estos antecedentes nos damos cuenta que el estilo de vida del discapacitado físico depende de la atención que le brinde el cuidador.

MARCO INSTITUCIONAL

Esta propuesta se desarrollara en la Provincia de Santa Elena, En la Parroquia Anconcito con los familiares que tienen a su cuidado personas con capacidades especiales, para fortalecer los conocimientos y ayudar a mejorar la calidad de vida.

MATRIZ FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">✚ Subcentro de salud del MSP ubicado en la comunidad de Anconcito.✚ Farmacias que prestan sus servicios a la comunidad.✚ Centro gerontológico que acoge a los adultos mayores , y a personas con algunas discapacidades especiales(física)	<ul style="list-style-type: none">✚ Atención de salud que se brinda a la comunidad.✚ Contar con algunas farmacias para comprar las medicinas cuando sea necesario.✚ Contar con un grupo de personas en los centros gerontológicos que ayudan a la comunidad, a distraerse y realizar actividades.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">✚ Carencia de unidades de salud que presten atención las 24 horas al día.✚ Carencia de algunos medicamentos en dichas farmacias.✚ Carencia de lugares o centros para recreación para las personas con discapacidades especiales.✚ Carencia de centros de fisioterapia para las personas con discapacidades especiales.	<ul style="list-style-type: none">✚ Dirigirse a otra comunidad en busca de unidades de salud que presten atención especializada, dirigida a personas con discapacidades especiales.✚ No existen farmacias de turno con las cuales se pueda contar todas las noches en caso de suscitarse alguna emergencia.✚ Que se cierre el centro gerontológico, que es de gran ayuda para todo aquel que acuda allí.

OBJETIVOS GENERAL:

- ✚ Crear un proyecto educativo mediante el estudio de investigación analizado para mejorar el estilo de vida de las personas con capacidades especiales en la Parroquia de Anconcito.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ✚ Promover estilos de vida saludable, mediante una guía de cuidados especializados dirigida al cuidador de las personas con discapacidad física.
- ✚ Establecer reglas diarias para levantarse, comer, asearse y dormir para fomentar el autocuidado de los discapacitados físicos.
- ✚ Guiar adecuadamente mediante estudio de investigación comprobado las formas de mejorar el estilo de vida.

BENEFICIARIOS

DIRECTO

Los beneficiarios directos de este proyecto son las personas que poseen alguna clase de discapacidad física, ya que profundizamos en información relevante para sus cuidadores, lo cual facilitará poner en práctica todos los consejos y procedimientos que mejorará la calidad de vida de estas personas.

INDIRECTO

Los beneficiarios indirectos son los cuidadores, familia de la persona con capacidades especiales ya que ellos mejoran el nivel de cuidados diarios que brindan y así no influirán negativamente (mala atención) en el estilo de vida de estas personas.

ACTIVIDADES

Para poder llevar a cabo esta propuesta realizaremos las siguientes actividades:

- ✚ Tener un listado de las personas con capacidades especiales, dirección domiciliaria. Y número de teléfono del familiar a cargo.
- ✚ Proporcionar talleres de motivación, y cuidados integrales para los cuidadores de las personas con capacidades especiales, que estas pueden ser realizadas 1 vez al mes en la junta parroquial de Anconcito.
- ✚ Realizar integraciones grupales en lugares de agrados de las personas con capacidades especiales, para aumentar su estado de ánimo.
- ✚ Realizar terapias, ejercicios en el hogar de las personas con capacidades especiales.
- ✚ Monitorizar las actividades dirigidas a los cuidadores, para determinar la eficacia de los resultados.

PRESUPUESTO:

CANTIDAD	RECURSOS	RUBROS	
	ACTIVIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Resma de hojas	3,50	3,50
1	Cuadernos	1,80	1,80
1	Carpeta plástica	1,25	1,25
1	Pen drive	10,00	10,00
200	Impresiones	0,10	20,00
15	Almuerzos	1,50	30,00
30	Horas de internet	0,80	24,00
80	anillados	1,00	80,00
	Materiales de escritorio	7,00	7,00
	Imprevistos	15,00	15,00
TOTAL			\$171, 55

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDADES
Agos.	Realizar un listado de las personas con discapacidad física y teléfono del familiar a cargo
Sep.	Proporcionar talleres de motivación, y cuidados integrales para los cuidadores de las personas con discapacidad física, que estas pueden ser realizadas 1 vez al mes en la junta parroquial de Anconcito.
Sep.	Realizar integraciones grupales en lugares de agrados de las personas con discapacidad física, para aumentar su estado de ánimo.
Una vez por semana	Realizar terapias y /o ejercicios en el hogar de las personas con capacidades especiales.
Una vez al mes	Realizar charlas educativas a los cuidadores de las personas con capacidades especiales acerca de cómo brindar cuidados integrales
Cada vez que sea necesario	Monitorizar las actividades dirigidas a los cuidadores, para determinar la eficacia de los resultados.

EVALUACIÓN

En la evaluación de proceso se obtendrán un mejor estilo de vida, hábitos, cuidados integrales, mediante la educación sanitaria y los talleres realizados para mejorar la salud del discapacitado físico realizando las actividades antes mencionadas y llevando a cabo una evaluación continua, en la cual se obtendrán resultados satisfactorios en la atención que brinda el cuidador.

BIBLIOGRAFIA

Arboleya Martínez A, Durán Ruíz FJ. Metas de Enfermería 2002

De Elorza, G. (2006) Manual de enfermería Zamora. Colombia: Zamora.

Hernández, A. (1999). El cuidado del medio ambiental. México: México/Printed.

M. J. G. Gonzalez, Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, 2003:

Manual de Procedimientos Técnicos Administrativos, Guía clínica de enfermería. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, 2006

Muñoz, C. (1998). Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. México: México/Printed.