



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL TEMA**

**GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL  
AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL CENTRO  
DE SALUD SAN JOSÉ DE ANCÓN, SANTA ELENA. 2021**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA**

**GONZÁLEZ RAMÍREZ LISSETE NICOLE**

**TUTOR**

**ING. JUAN ENRIQUE FARIÑO CORTÉZ, PhD.**

**PERÍODO ACADÉMICO**

**2021 – 1**

## TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:  
MILTON MARCOS  
GONZALEZ SANTOS

---

Lic. Milton González Santos, Mgt.  
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

---

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA**

---

Lic. Yanelis Suarez Angeri  
**DOCENTE DE ÁREA**

---

Ing. Juan Enrique Fariño Cortéz, PhD.  
**TUTOR**

---

Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.  
**SECRETARIO GENERAL**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE ANCÓN, SANTA ELENA. 2021. Elaborado por la Srta. GONZALEZ RAMIREZ LISSETE NICOLE, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

**Atentamente.**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Juan Enrique Fariño Cortéz', is written over a horizontal line.

Ing. Juan Enrique Fariño Cortéz, PhD.

**TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a: Mis padres, Jeanett Ramírez Ramírez y Edison González Reyes, quienes han sido y son mi motivación de perseverar.

A mis hermanos, Cindy, Estefanía, Jair y Emily por el apoyo absoluto.

A mi compañero de vida, Claudio Gómez Dunkley por su amor y apoyo incondicional.

Lisete Nicole González Ramírez

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, especialmente a la Carrera de Enfermería y a las otras entidades que estuve en calidad de estudiante, por permitirme ser parte de un proceso educativo para realizarme como futura profesional.

A cada uno de mis docentes por ser parte de la enseñanza de esta rama humanística.

A mi tutor por la instrucción científica brindada, que ha sido un punto importante para este proyecto investigativo.

Infinitamente a mi mamá por confiar en mis capacidades.

A mi familia, mi compañero de vida y amigos de la universidad por el esfuerzo conjunto.

Lisete Nicole González Ramírez

## DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lissete González", with a horizontal line drawn underneath it.

González Ramírez Lissete Nicole

CI: 2400264509

# ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DECLARACIÓN.....	V
ÍNDICE GENERAL .....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMEN .....	X
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I .....	2
1. El Problema.....	2
1.1. Planteamiento del problema .....	2
1.2. Formulación del problema .....	4
2. Objetivos .....	4
2.1 Objetivo General .....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Justificación .....	5
CAPÍTULO II.....	6
4. Marco Teórico.....	6
4.1. Fundamentación Referencial.....	6
4.2. Fundamentación teórica .....	8
4.3. Fundamentación legal .....	19
5. Formulación de la hipótesis .....	22
5.1. Identificación y clasificación de las variables.....	22
5.2. Operacionalización de las variables .....	23
CAPÍTULO III .....	25
6. Diseño metodológico .....	25
6.1. Tipo de investigación .....	25

6.2. Métodos de investigación.....	25
6.3. Población y muestra .....	26
6.4. Tipo de muestreo.....	26
6.5. Técnicas recolección de datos.....	26
6.6. Instrumentos de recolección de datos.....	26
6.7. Aspectos éticos.....	27
CAPÍTULO IV .....	28
7. Presentación de resultados .....	28
7.1. Análisis e interpretación de resultados.....	28
7.2. Comprobación de hipótesis .....	54
7.3. Conclusiones .....	55
7.4. Recomendaciones.....	56
8. Referencias bibliográficas.....	57
9. Anexos. ....	62



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Grado de discapacidad</i> .....	9
Tabla 2 <i>Actividades de la vida diaria del índice de Barthel</i> .....	13
Tabla 3 <i>Requisitos de autocuidado universal</i> .....	16
Tabla 4 <i>Operacionalización de las variables</i> .....	23
Tabla 5 <i>Escala de requisitos de autocuidado</i> .....	40
Tabla 6 <i>Déficit de autocuidado en relación al grado de dependencia funcional</i> .....	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	<i>Personas con Discapacidad Física</i> .....	28
Gráfico 2	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Comer</i> .....	29
Gráfico 3	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Trasladarse entre la silla y la cama</i> .....	30
Gráfico 4	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Aseo Personal</i> .....	31
Gráfico 5	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Uso del retrete</i> .....	32
Gráfico 6	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Bañarse/ ducharse</i> .....	33
Gráfico 7	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Desplazarse</i> .....	34
Gráfico 8	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Subir y bajar escaleras</i> .....	35
Gráfico 9	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Vestirse o desvestirse</i> .....	35
Gráfico 10	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Control de heces</i> .....	36
Gráfico 11	<i>Actividades Básicas de la vida diaria: Control de Orina</i> .....	37
Gráfico 12	<i>Grado de Dependencia Funcional</i> .....	38
Gráfico 13	<i>Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos</i> .....	41
Gráfico 14	<i>Índice de masa corporal</i> .....	42
Gráfico 15	<i>Cuidados vinculados con el proceso de eliminación</i> .....	43
Gráfico 16	<i>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</i> .....	44
Gráfico 17	<i>Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social</i> .....	46
Gráfico 18	<i>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</i>	47
Gráfico 19	<i>Presión Arterial</i> .....	48
Gráfico 20	<i>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano en grupos sociales</i> .....	50
Gráfico 21	<i>Correlación entre el grado de dependencia funcional y el autocuidado</i> .....	53

## RESUMEN

El Centro de Salud San José de Ancón de tipo A brinda atención a las Parroquias de San José de Ancón, Prosperidad y Tambo, en la Provincia de Santa Elena. En las visitas domiciliarias dadas en las tres Parroquias, se evidencia mediante observación que las personas con discapacidad física presentan déficit de autocuidado que desencadena deficiencia en: hábitos alimenticios y de higiene, falta de actividad física o sedentarismo, consecuencias por caídas, por ejemplo, golpes y fracturas debido a crisis epiléptica; además vulnerabilidad a desarrollar o estén padeciendo enfermedades crónicas. Por esta razón, la finalidad de este estudio, es determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón. Para ello, se utilizaron como instrumentos el índice de Barthel y la escala de requisitos de autocuidado (ERA). La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal – correlacional; con métodos deductivo y analítico – sintético. Los resultados de la investigación muestran que, de las 28 personas con discapacidad física, 3 tienen dependencia total de las cuales el 100% tienen déficit de autocuidado; 7 presentan dependencia severa de ellas el 71% tienen déficit de autocuidado; 5 tienen dependencia moderada de aquí ninguna presentan déficit de autocuidado; 4 tienen dependencia escasa de las cuales el 25% tienen déficit de autocuidado y 9 presentan independencia de los cuales ninguna presentan déficit de autocuidado. Para ello, se utilizó como prueba rigurosa, el coeficiente de correlación el cual arrojó como resultado  $-0,904$ , lo cual indica un grado de correlación fuerte, sin embargo, personas con dependencia moderada, escasa e independencia presentan déficit para mantener un hogar saludable. Por tanto, se concluye que a mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en personas con discapacidad física.

**Palabras claves:** dependencia funcional, déficit de autocuidado, discapacidad física e índice de Barthel.

## **ABSTRACT**

The San José de Ancón Type A Health Center provides care to the Parishes of San José de Ancón, Prosperidad and Tambo, in the Province of Santa Elena. In the home visits given in the three parishes, it is evident through observation that people with physical disabilities present self-care deficits that trigger deficiencies in: eating habits and hygiene, lack of physical activity or sedentary lifestyle, consequences of falls, for example, blows and fractures due to epileptic seizures; also vulnerability to develop or are suffering from chronic diseases. For this reason, the purpose of this study is to determine the degree of functional dependence and its influence on self-care in people with physical disabilities at the San José de Ancón Health Center. For this purpose, the Barthel index and the self-care requirements scale (ERA) were used as instruments. The present research is a study with a quantitative, non-experimental, cross-sectional-correlational approach; with deductive and analytical-synthetic methods. The results of the research show that, of the 28 people with physical disabilities, 3 have total dependence of which 100% have self-care deficits; 7 have severe dependence of which 71% have self-care deficits; 5 have moderate dependence of which none have self-care deficits; 4 have low dependence of which 25% have self-care deficits and 9 have independence of which none have self-care deficits. For this, the correlation coefficient was used as a rigorous test, which yielded a result of -0.904, indicating a strong degree of correlation; however, people with moderate dependence, low dependence and independence have deficits in maintaining a healthy home. Therefore, it is concluded that the greater the degree of functional dependence, the greater the self-care deficit in people with physical disabilities.

**Key words:** functional dependence, self-care deficit, physical disability and the Barthel index.

## INTRODUCCIÓN

La dependencia funcional es una de las variables a considerar cuando se analiza el autocuidado de las personas con discapacidad física, el cual se encuentra en concordancia con el porcentaje de discapacidad. Además, el déficit de autocuidado se debe a la dependencia funcional, falta de experiencia de la persona como tal o el familiar cuidador, escasos recursos económicos, barreras físicas y entre otros.

Como se redacta en la fundamentación referencial, existen estudios enfocados en diferentes variables, pero con el mismo objetivo de demostrar la relación existente entre la calidad de vida o autocuidado reflejado en la inclusión social y función familiar. Así mismo, toma como objeto de estudio a personas con discapacidad que son dependientes o independientes, y aquellas que fueron deportistas.

En la Parroquia San José de Ancón prevalecen personas con discapacidad física, distribuidos entre niños, adultos y adultos mayores, conforme aquello de forma observacional se evidenció que su calidad de vida es inadecuada con respecto al autocuidado en personas con discapacidad física con bajo porcentaje a diferencia de personas que tiene alto porcentaje. Debido a la problemática planteada, la formulación del problema se establece de la siguiente manera: ¿cuál es el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón?

Además, este estudio tiene como objetivo determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón, Santa Elena, mediante el índice de Barthel y la escala de requisitos como instrumentos de valoración. Conforme se identifica la relación entre las variables se demuestra la hipótesis planteada.

Este trabajo tiene la siguiente distribución: el capítulo I abarca el problema, los objetivos y la justificación. El capítulo II contiene el marco teórico donde se recopilan investigaciones, teoría y fundamentación legal sobre la dependencia y el autocuidado en personas con discapacidad física y la formulación de hipótesis. En el capítulo III se redacta el diseño metodológico que cumple este estudio. En el capítulo IV se presentan los resultados de los cuales podemos concluir y dar recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## 1. El Problema

### *1.1. Planteamiento del problema*

La Ley General Para Personas con Discapacidad de Bolivia (2012) define a la discapacidad física y motora a “aquellas personas con deficiencias anatómicas y neuromúsculofuncionales causantes de limitaciones en el movimiento” (p. 4). Tal sea por causa de afectación motriz con o sin implicación a nivel cerebral o adquirida por alguna enfermedad. Entre las más comunes se encuentran la espina bífida, parálisis cerebral, traumatismo craneo encefálico, accidente cerebro vascular y amputaciones.

La dependencia funcional de una persona con discapacidad física está sujeta a consecuencias entre ellos el déficit de autocuidado, el cual comprende las actividades de la vida diaria. Con enfoque a Duran, Domínguez, Hernández, Félix, Cruz y Alonso (2018), mencionan que:

Es la necesidad de ayuda de otras personas, en la que la familia es el principal proveedor de cuidados. Ser dependiente significa un impedimento para realizar sus actividades cotidianas, lo manifiestan en sentido negativo como estar postrado y estar atenido. (p. 42)

En concordancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) “se estima que más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. Esa cifra corresponde aproximadamente al 15% de la población mundial”. De esta forma, se evidencia la presencia de un grupo relativamente significativo en el mundo, dependientes a cambios de los factores personales y ambientales.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) revela que, en México la población con discapacidad es de 20.838.108 personas, distribuidos entre los tipos de actividades realizadas de la vida diaria como: caminar, subir o bajar, ver, oír, autocuidado, hablar o comunicarse, bañarse, vestirse o comer, recordar o concentrarse; o condición mental. Por consiguiente, las características que comprende esta población con discapacidad están parcial o totalmente comprometidas con la salud, las cuales limitan algunas actividades de autocuidado. Esto se ve reflejado en México con los resultados del censo del 2020.

De acuerdo con el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), en Ecuador la población total que sufre discapacidad es de 472.213 personas. Entre ellas están la discapacidad física con 45,84%; discapacidad intelectual con 23,00%; discapacidad auditiva con 14,13%; discapacidad visual con 11,58% y discapacidad psicosocial con 5,46%. Es decir, la discapacidad física es el grupo que concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad en el Ecuador. Según el grado de discapacidad física, el 49,18% se distribuye entre un 30% a 49%; el 32,54% entre el 50% a 74%; el 12,06% entre el 75% a 84%; y el 6,21% entre el 85% a 100% (CONADIS, 2021).

En la Provincia y Cantón de Santa Elena 5.702 personas sufren discapacidad. Ésta se divide en discapacidad física con 50,56%; discapacidad intelectual con 21,83%; discapacidad auditiva con 15,78%; discapacidad visual con 8,82% y discapacidad psicosocial con 3,00%. Según el grado de discapacidad física, el 49,81% se distribuye entre el 30% a 49%; el 34,03% entre el 50% a 74%; el 12,90% entre el 75% a 84%; y el 3,26% entre el 85% a 100% (CONADIS, 2021). Las personas con un menor porcentaje de discapacidad física son el grupo que destaca y son aquellas que en la Provincia refleja un mayor déficit de autocuidado.

El Centro de Salud San José de Ancón de tipo A brinda atención a las Parroquias de San José de Ancón, Prosperidad y Tambo, en la Provincia de Santa Elena. De acuerdo a los datos obtenidos de las fichas familiares y según la matriz de pacientes con discapacidad elaborada por el Centro de Salud, durante la rotación de salud pública del internado rotativo, hay 30 personas con discapacidad física. En las visitas domiciliarias dadas en las tres Parroquias, se evidencia que las personas con discapacidad física presentan déficit de autocuidado que desencadena deficiencia en: hábitos alimenticios y de higiene, falta de actividad física o sedentarismo, consecuencias por caídas, por ejemplo, golpes y fracturas debido a crisis epiléptica; además vulnerabilidad a desarrollar o estén padeciendo enfermedades crónicas.

Se deduce que cada persona en esta comunidad varía el porcentaje de discapacidad y la dependencia funcional. Es decir, personas con 90% de discapacidad física diagnosticadas con parálisis cerebral sin otra especificación son personas dependientes funcionalmente. Por el contrario, personas con menor porcentaje de discapacidad física son aquellas que reflejan un mayor descuido a nivel personal. Por consiguiente, este estudio pretende determinar el

grado de dependencia en el que se encuentran los pacientes con discapacidad física al realizar las actividades básicas de la vida diaria, evaluado mediante el índice de Barthel; para categorizar a aquellas personas que debido a la dependencia funcional presentan un déficit de autocuidado, con la finalidad de fomentar la promoción de salud y cuidados de enfermería a futuro.

### ***1.2. Formulación del problema***

¿Cuál es el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón?

## **2. Objetivos**

### ***2.1 Objetivo General***

Determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón, Santa Elena. 2021

### ***2.2 Objetivos específicos***

Evaluar las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes con discapacidad física a través del índice de Barthel.

Valorar el autocuidado de los pacientes con discapacidad física de acuerdo a la escala de requisitos de autocuidado de Dorothea Orem.

Clasificar según el grado de dependencia funcional a las personas con discapacidad física que presentan déficit de autocuidado.



### **3. Justificación**

El proyecto de investigación se realizó con el propósito de determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón. Por medio de la investigación se tendrá beneficios en el aspecto institucional y a nivel personal. A nivel institucional será útil en futuras intervenciones y, de ésta manera, puedan innovar estrategias en base a la problemática, y, así poder obtener un registro del grado de independencia. Por consiguiente, en la Universidad Estatal Península de Santa Elena, las autoridades y estudiantes puedan realizar diversos proyectos de investigación e intervención referentes a este estudio.

Como estudiantes de la Carrera de Enfermería nos permitirá adquirir conocimientos científicos e investigativos en la parte académica, y experiencias prácticas a través de la ejecución del mismo. Además, se enfatiza en esta temática dado que, como profesional de salud se debe brindar atención de calidad a todo tipo de persona en diferentes circunstancias de la vida. De la misma forma, se brinda a la enfermería aspectos que servirán de ayuda en el proceso de atención de enfermería (PAE), dado que, en la valoración se podrá identificar y diagnosticar la problemática, y así planificar cuidados que permitirán una pronta recuperación verificada con la evaluación.

De acuerdo a esta investigación se beneficiará la sociedad, en especial las personas con discapacidad física y sus cuidadores o familiares, a fin de concientizar acerca de las consecuencias que desencadena el déficit de autocuidado y el desinterés de buscar ayuda profesional, dado que, las personas con discapacidad física son una población vulnerable, por lo que se busca un trato digno y es necesario transmitir los aspectos que engloban a este grupo de individuos para la enseñanza de un cuidado integral.

## CAPÍTULO II

### 4. Marco Teórico

#### 4.1. *Fundamentación Referencial*

El estudio realizado por González, Ducca y García (2020) en España, se enfoca en los obstáculos sociales de las personas con discapacidad para desarrollarse en el entorno social o comunitario y las potenciales consecuencias en la calidad de vida. Por ende, tiene como objetivo describir el apoyo social y la calidad de vida además es una investigación transversal y descriptiva. Se tomó como muestra a 125 personas con discapacidad de la Fundación Asturiana de Atención y Protección a Personas con Discapacidades y/o Dependencias (Fundación FASAD) de España, para ser partícipes de un análisis investigativo. Según los datos adquiridos mediante el instrumento Escala GENCAT (Generalitat de Cataluña) que determinará la calidad de vida con los 8 parámetros a estudiar, se obtiene como resultado que existe déficit en el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos; de los cuales tienen relación con la calidad de vida.

En Perú, existe un estudio dirigido a personas con discapacidad que realizan actividad física, dado que algunas personas que padecen tal afectación se rehúsan hacer algún deporte debido al temor, de eso se desprende como idea principal la calidad de vida en individuos con discapacidad física que realizan deporte. Es una investigación transversal de tipo observacional y descriptiva, la muestra es de 60 personas deportistas con discapacidad física y se examina a través del cuestionario SF-36 que consta de 36 preguntas con 8 dimensiones distribuidas en datos generales y la percepción de la calidad de vida según la persona. Por consiguiente, el estudio mencionado demuestra que: calidad de vida sobresale con el 86,7% de las personas, sin embargo, en baja calidad de vida esta salud y bienestar con 68,3% y función física con 50,0% (Escajadillo, León, Rojas y Sarmiento, 2019, p. 43). El autocuidado se categoriza dentro de la calidad de vida, con respecto a este grupo de personas independientes dado que, mantienen una actividad física moderada el resultado debe ser favorable.

A nivel nacional en la provincia de Quito, un estudio que precisa el bienestar de los adultos mayores, dado que, es una población longeva y prioritaria, del cual busca generar atención a este grupo mediante los resultados, dado que, brinda datos de su capacidad funcional a nivel de salud y de factores sociales, de manera que se realiza este estudio con el fin de relacionar la calidad de vida con la capacidad funcional. La investigación es de tipo no experimental, transversal y descriptivo. Son sometidas a estudio 325 adultos mayores y se utilizó como instrumentos las láminas de COOP/WONCA, la escala de Lawton y Brody, índice de Katz. En síntesis, los resultados demuestran que, existe una relación entre la dependencia funcional y los factores como las enfermedades crónicas, edad avanzada, el género femenino, escolaridad incompleta, que conlleva una calidad de vida inestable, esto se evidencia con el siguiente dato, el 50,2% de su población independiente y el 78,9% de la población dependiente, tienen un déficit en la calidad de vida (Toapanta, 2020).

Se elige este estudio en referencia a la dependencia funcional y al autocuidado, por lo que tienen relación entre sí en la investigación y en analogía, la capacidad funcional está relacionado con la dependencia funcional y la calidad de vida tiene relación con el autocuidado de las personas con discapacidad física, dado que, la mala calidad de vida es consecuencia de un déficit de autocuidado y una capacidad funcional deteriorada puede ser causa de tal déficit, además abarca a adultos mayores que son parte del estudio realizado.

El siguiente estudio de la Provincia de Santa Elena – La Libertad, en la Fundación para la Inclusión Social Melvin Jones se deduce que los adultos mayores por su avanzada edad la capacidad funcional física es disminuida, dado que, en esta fundación se realizan artesanías, y actividades físicas y sociales, es por ello que el propósito principal es evaluar la capacidad funcional y el grado de dependencia de este grupo de adultos mayores. Es una investigación cuantitativa, no experimental, de tipo transversal y descriptiva. La población estudiada consta de 126 individuos de la institución y son valorados mediante el índice de Barthel. Según el resultado del estudio, de acuerdo a las actividades básicas el 56% tienen dependencia total y el 91,04% con leve dependencia; y la capacidad funcional se evidencia con las siguientes categorías afectadas que son bañarse, vestirse, dificultad para hacer deposiciones, traslado, subir y bajar escaleras (Díaz, 2020). Es decir, este estudio revela que la dependencia funcional influye en la capacidad funcional.

## **4.2. Fundamentación teórica**

### **4.2.1. Discapacidad y sus generalidades**

La Organización Mundial de la Salud define al término discapacidad como “término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (OMS, 2001, p. 227). A su vez, se consideran como tipos de discapacidad a la discapacidad física, discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial o mental, discapacidad de lenguaje, discapacidad visual y discapacidad auditiva.

Si bien es cierto la discapacidad física no te hace vulnerable, te hace vulnerable las actitudes y aptitudes que adoptas. El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS) deduce que la discapacidad física “implica la movilidad reducida de la persona y dificultad para la realización de ciertas actividades como: caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, entre otros” (CONADIS, 2019, p. 12). Ahora bien, ciertas partes de la anatomía física del ser humano suelen estar comprometidas en este tipo de discapacidad, esto puede ser según las causas, por lo que, algunas son adquiridas, congénitas o por factor de genética, en vista de aquello las consecuencias o afecciones son particulares al origen.

Todas las personas catalogadas según el grado de discapacidad presentan secuelas o síntomas y signos de deficiencia permanente, sin embargo, para la discapacidad nula, la persona realiza con normalidad las actividades de la vida diaria. Para discapacidad leve, la persona es independiente, pero presenta molestias en realizar las actividades de la vida diaria. Para discapacidad moderada, el individuo es independiente en actividades de autocuidado, pero tiene disminución de capacidad en realizar algunas actividades de la vida diaria. De la misma manera, en discapacidad grave, requiere apoyo para algunas actividades de autocuidado, además tiene disminución o imposibilidad de capacidad en realizar la mayor parte de las actividades de la vida diaria. Para discapacidad muy grave requiere cuidados o apoyo, puesto que presenta imposibilidad grave en realizar todas las actividades de la vida diaria y de autocuidado (Dudas legislativas, 2021). El grado, clase y porcentaje de discapacidad se visualiza en tabla 1.

**Tabla 1**  
*Grado de discapacidad*

<b>Grado/clase de discapacidad</b>	<b>Categoría de discapacidad</b>	<b>Porcentaje de discapacidad (a)</b>	<b>Porcentaje de discapacidad (b)</b>
Grado / clase 1	Nula	0%	
Grado / clase 2	Leve	1-24%	
Grado / clase 3	Moderada	25-49%	30-49%
Grado / clase 4	Grave	50-70%	50-74%
Grado / clase 5	Muy grave	75%	75-84%
			85-100%

**Nota.** Porcentaje a: es de acuerdo a la ley del real decreto 1971/1999 de 23/12. El porcentaje b: es según el reglamento de la ley orgánica de discapacidades

Fuente: Dudas legislativas (2021). *Grados de discapacidad: valoración, beneficios y baremos minusvalía*. <https://dudaslegislativas.com/grados-de-discapacidad/>

Decreto Ejecutivo 194 de 2017 [Presidencia de la República del Ecuador]. Expídase el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. 27 octubre de 2017.

#### **4.2.2. Condición de salud**

Entre los términos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se denomina “término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10” (OMS, 2001, p. 227). De manera que, esta categoría deja fuera del rango a la salud óptima; sin embargo, la buena calidad de los factores externos y personales logran que esta condición se erradique o se mejore cuando ésta sea reversible. A su vez, Guyton & Hall (2016) señalan que:

Afortunadamente, nuestros cuerpos están dotados de una inmensa red de controles por retroalimentación que permiten el equilibrio necesario y sin los cuales no sería posible la vida. Los fisiólogos denominan homeostasis a este alto nivel de control corporal interno. (...) La enfermedad se considera un estado de ruptura de la homeostasis. Sin embargo, incluso en presencia de enfermedades, los mecanismos homeostáticos siguen activos y mantienen las funciones vitales a través de múltiples compensaciones. (p. 27-34)

### **4.2.3. Dependencia funcional y su clasificación**

En la guía de la ley de dependencia, Pérez, (2018) sostiene que, el término dependencia significa estar bajo restricciones o sujetos a una cosa y/o a una persona quien brindará atención o cuidado parcial o total al usuario incapaz de realizar algunas o todas de las actividades de la vida diaria, a causa de alguna enfermedad, discapacidad que padece una persona o simplemente la edad, junto a la pérdida o falta de la capacidad física, intelectual, visual, auditiva o psicosocial. De este modo, se puede categorizar a una persona como dependiente funcional cuando refleje las siguientes conjeturas:

En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. (Álvarez, s.f., p. 37)

En el manual de clasificación de la discapacidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2018), los niveles de dependencia están propuestos en porcentaje y en grado de dependencia de la siguiente manera: “hay dependencia 0 - 4% Dependencia ligera 5 - 24% Dependencia moderada 25 - 49% Dependencia grave 50 - 74% Dependencia severa 75 - 95% Dependencia completa 96 - 100%”. Se considera a una persona como independiente en sus actividades básicas de la vida diaria a partir de los 5 años de edad.

### **4.2.4. Asistencia y apoyo**

En esencia algunas personas con discapacidad requieren una atención que demanda intervenciones de acuerdo a sus necesidades. En ese contexto, De Asís (2019) manifiesta que “los apoyos y la asistencia se pueden manifestar a través del diseño de técnicas, instrumentos o procedimientos, o también mediante la colaboración de personas” (p. 17). Así pues, existen diferentes tipos de atención o un sistema de apoyo.

El sistema de apoyo en una comunidad se lleva a cabo mediante el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) donde se encuentra el equipo de salud, dentro de la atención primaria de salud, que tiene como objeto “brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2018, p. 64). Dicho

en forma breve, el primer nivel de atención de salud comprende a los centros de salud de tipo A, B y C, que son la puerta de entrada al sistema de salud, del cual se resuelve el 80% de los problemas de salud mediante la prevención, promoción, curación o rehabilitación.

Este sistema se complementa con las visitas domiciliarias en el cual se consigue identificar, diagnosticar y dar seguimiento a riesgos o problemas, de los cuales se ofrece la atención domiciliaria que son “cuidados médicos y /o de enfermería a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal de alguna enfermedad requieran de atención y no puedan movilizarse a la unidad” (MSP, 2018, p. 68). Mientras tanto, la atención es generada en un tiempo límite, es decir la persona bajo cuidado requerirá a un cuidador familiar que en la mayoría de casos es una persona no profesional en el ámbito de la salud.

#### **4.2.5. Valoración de enfermería**

Enfatizan, Herdman & Kamitsuru (2018), que la valoración de enfermería es la recolección de datos objetivos o subjetivos del paciente de forma sistemática, que se valía mediante la anamnesis o entrevista, la exploración física del paciente y la exploración de la historia clínica. En efecto, las teóricas de enfermería guían este paso principal para obtener un diagnóstico enfermero, entre ellas están Nightingale, Marjory Gordon y Callista Roy.

Es evidente que, la anamnesis clínica es un aporte significativo para la enfermería puesto que, demuestra datos subjetivos mediante interrogantes de acuerdo a la situación, es por eso que, se debe ejecutar eficazmente y evitar omitir alguna información relevante al estado de salud de la persona, puesto que, en una entrevista el paciente comunica y expresa libremente la opinión sobre su salud o aspectos relacionados que la propia persona conoce de sí misma y que conlleva a la procedencia de la enfermedad o afección que este cursando en el momento, además con las expresiones corporales y faciales del entrevistado también se logra obtener información para la valoración de enfermería, estos pueden ser expresiones de dolor o emociones como tristeza, alegría, miedo, ira y sorpresa (Swartz, 2015).

#### **4.2.6. Índice de Barthel (IB)**

El ser humano es independiente, no obstante, son seres vulnerables a una enfermedad, un accidente imprevisto o, sea por genética atraviesen algún padecimiento, en estos acontecimientos es donde se afecta su independencia, por lo que, una herramienta para

valorar este estado es importante, dado así, designar y clasificar las demandas de actividades que requerirá ayuda, es por eso que se considera el índice de Barthel como instrumento que según Barthel y Mahoney (1965, como se citó en Ramos, 2013) denominan como:

Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. (p. 81)

#### **4.2.6.1 Dependencia total, severa, moderada, escasa.**

La Fundación Caser se refiere a dependencia total como “la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona” (2020). Normalmente estas personas presentan todos los tipos de discapacidad, y demandan de gran ayuda en todo aspecto. Corresponde a la puntuación final del índice de Barthel de 0 a 20 puntos.

La dependencia severa, disminuye en un porcentaje mínimo los requerimientos de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria a diferencia de la dependencia total, además presentando parcialmente los tipos de discapacidades y la puntuación final del índice de Barthel es de 21 a 60 puntos. Se denomina a este grupo de personas que: “requieren cuidados dependientes de enfermería en esta categoría se encuentran los pacientes, que tienen limitaciones para satisfacer por sí solos las necesidades fisiológicas y de comodidad y que requiere procedimientos de complejidad técnica y educación especial en salud” (Paredes, 2017).

La dependencia moderada se relaciona con las actividades de la vida diaria y por lo general necesitan ayuda limitada solo una vez y específicamente para ciertas actividades. En los aspectos de salud, no están totalmente complicados y tienden a recuperarse en un tiempo determinado (Fundación Caser, 2020). Correspondiente a la puntuación final del índice de Barthel de 61 a 90 puntos.

En la dependencia escasa se presentan un mínimo requerimiento de ayuda en pocas actividades específicas de la vida diaria y solo en un cierto tiempo, dado que, son capaces de



realizar casi todas las actividades porque su nivel de salud no es complejo, pero está presente. Se determina una puntuación final del índice de Barthel con 91 a 99 puntos. Paredes (2017) menciona que “el paciente requiere de cuidados mínimos de enfermería, gran parte de los cuidados puede ser proporcionado por él mismo o por sus familiares”.

#### 4.2.6.2 Independencia

Las personas supuestamente saludables gozan de una independencia funcional, en el que se considera como “nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para llevar a cabo las acciones adecuadas y suficientes para satisfacer las Necesidades Básicas” (Cueva et al., 2016). Corresponde a una puntuación final del índice de Barthel de 100 puntos y 90 puntos si el paciente utiliza silla de ruedas.

#### 4.2.6.3. Actividades básicas de la vida diaria del Índice de Barthel

El IB está elaborado por 10 ítems que son las actividades básicas de la vida, del cual se comprobará la independencia o la dependencia de una persona y se determina con las siguientes ponderaciones, su puntuación y calificación total (ver tabla 2). Se aplica a personas con discapacidad, adultos mayores y otros individuos que requieren ser valorados.

**Tabla 2**

*Actividades de la vida diaria del índice de Barthel*

Actividades básicas de la vida diaria	Puntuación	Calificación total
Aseo personal	0 - 5 puntos	Dependencia total: 0-20 puntos
Bañarse/ducharse	cada uno	Dependencia severa: 21-60 puntos
Comer	0 – 5 – 10	Dependencia moderada: 61-90 puntos
Uso del retrete (escusado, inodoro)	puntos cada uno	Dependencia escasa: 91-99 puntos
Subir y bajar escaleras		Independencia: 100 puntos y 90 puntos si el paciente utiliza silla de ruedas.
Vestirse o desvestirse		
Control de heces		
Control de orina		
Desplazarse	0 – 5 – 10 –	
Trasladarse entre la silla y la cama	15 puntos cada uno	

**Nota.** Cada puntuación es de acuerdo al grado de la actividad.

Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019). *Índice de Barthel (IB)*.

<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3a-1%CC%81NDICE-DE-BARTHEL.pdf>

\* Puntuación de 0: dependiente / incapaz / necesita ayuda / inmóvil / incontinente.

\* Puntuación de 5: necesita ayuda / accidente excepcional/ independiente.

\* Puntuación de 10: necesita algo de ayuda / anda con pequeña ayuda / contiene / independiente.

\* Puntuación de 15: independiente.

Desde la perspectiva de Pérez (2015), se enfatizan algunas actividades puntuales, en la opción de comer, se analiza si la persona es capaz de escoger su propia comida, saber usar cubiertos como: cuchara, tenedor y cuchillo en el momento adecuado, así mismo, si logra usar vasos, servirse agua, servirse la comida, usar condimentos, la servilleta y en cuestión de digestión si la persona consigue masticar, tragar y beber. Para el aseo personal, esto se ve reflejado en la carencia de la acción propia de limpieza o higiene, de tal manera que el individuo sea incapaz de peinarse, afeitarse, limpiarse los oídos, usar perfumes, tener higiene adecuada durante la menstruación, o realizar rutinas diarias como lavarse la cara, cepillarse los dientes, lavarse y secarse las manos. Del mismo modo para vestirse o desvestirse se valora si tiene la autonomía de vestirse con calcetines, ropa interior, falda, pantalón, abrigo camiseta, o la voluntad de ordenar y escoger la ropa de preferencia, abotonar y desabotonar, abrochar y desabrochar, atarse y desatarse los cordones y colocarse zapatos

Dentro de este marco el ítem de trasladarse entre la silla y la cama, se evalúa a la persona si es capaz de mantener una postura sentada y controlar su cabeza, cambiar posturas voluntariamente en un mismo sitio, estar de pie un tiempo considerable. Para el uso del retrete, corresponde a dominar sentarse en el inodoro, usar el papel higiénico, bajar la válvula, lavar y secarse las manos después de ir al baño y vestirse por sí solo, entrar y salir del baño por sí solo (Pérez, 2015). De igual modo, la viñeta de bañarse/ ducharse se debe valorar la deambulación hacia el baño por sí solo, resistencia en estar de 15 a 20 minutos sentado, manejo los insumos de baño, dificultad durante el baño y requerimiento de ayuda para el secado (Lynn, 2016).

Como señala Vithas (2018), en la actividad de desplazarse, consiste en valorar la deambulación más de 50 metros, la movilidad sin ayuda o la utilización de silla de ruedas o muleta. La opción de subir y bajar escaleras, valora si la persona puede coordinar los movimientos para subir y bajar escaleras sin utilizar el pasamanos. Por otra parte, en el ítem de control de heces, se valora si demanda de laxantes o enema para evacuar y mejorar el tránsito digestivo en caso de estreñimiento, o por el contrario presenta incontinencia fecal.

Igualmente, en el control de orina, se valora si la persona posee sonda vesical permanente o temporal y si presenta incontinencia urinaria o contiene con normalidad.

#### **4.2.7. Teoría de Dorothea Orem**

El modelo de Dorothea Orem, publicado en 1971 se rige en las teorías de: autocuidado, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. En síntesis, la teoría de autocuidado comprende a significaciones de autocuidado como tratamiento, requisitos y demanda terapéutica; la teoría del déficit de autocuidados presenta métodos entre ellos la enseñanza, favorecimiento, orientación, actuación y apoyo para así fortalecer el déficit junto con los cuidados de enfermería y la teoría de los sistemas de enfermería son los sistemas totalmente compensatorios, sistemas parcialmente compensatorio y sistemas de apoyo y educativos (Berman, 2013).

##### **4.2.7.1. Teoría del autocuidado**

La teoría del autocuidado consiste en demostrar la razón y la forma de como las personas son independientes en las actividades comprendidas del diario vivir. Comprende cuatro conceptos entre ellos está, el autocuidado que son actividades donde se reflejan la actitud y aptitud de las personas al realizar de manera voluntaria y por si solos las acciones de cuidado con el objetivo de tener una salud óptima personal. El tratamiento de los autocuidados se necesita de dos personas distintas para evaluar la capacidad de independencia. La demanda de autocuidados terapéuticos, busca mantener en condiciones estables el bienestar y la salud con las respectivas actividades de cuidado generados mediante una persona de ayuda (Fernández et al., 2016).

Los requisitos de autocuidado, tienen aspectos a considerar como, autocuidado del desarrollo, autocuidado en desviación de la salud y autocuidado universal. El autocuidado del desarrollo se presencia en las etapas de la vida desde la niñez hasta la vejez. El autocuidado en desviación de la salud, está presente en la enfermedad, discapacidad, en el tratamiento o rehabilitación de una persona vulnerable, quien necesita fomentar la independencia y necesita de una tercera persona (Macias, 2019). En autocuidado universal se consideran características usuales que están descritos en la tabla 3.

### Tabla 3

#### Requisitos de autocuidado universal

Requisitos de autocuidado universal
Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos
Cuidados vinculados con el proceso de eliminación
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
Funcionamiento del desarrollo humano en grupos sociales.

Nota: La tabla señala un extracto de los ítems a considerar en la escala de requisitos de autocuidado considerando la teoría de Dorothea Orem.

Fuente: Roldán, J. (2011). *Estudio métrico de la escala de requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia* (p. 88). Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

El mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos, como opinan Morales y Jaime (2016), las sustancias vitales comprenden el agua, lípidos, proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, aminoácidos, minerales y fibras que se deben incluir en la alimentación saludable junto con la actividad física. Un desnivel nutricional evidenciado por el índice de masa corporal, es a consecuencia por una alimentación inadecuada, sea por la disponibilidad, tiempo de preparación, precio, costumbres y conocimientos (Hunot y Arellano, 2014).

Con respecto a los cuidados vinculados con el proceso de eliminación, se debe valorar en el sistema urinario la frecuencia, intensidad y calidad de las micciones además el control del esfínter, puesto que, citando a Bickley, Szilagyí y Hoffman (2018) las patologías pueden ser: la incontinencia urinaria, disuria, nicturia, polaquiuria, hematuria, poliuria, oliguria, urgencia miccional, tenesmo vesical, coluria, proteinuria y anuria. En la valoración del aparato digestivo verificar frecuencia, intensidad y calidad de las deposiciones además el control del esfínter, en ese tenor las anomalías de estas características pueden presentar las siguientes patologías como: acolia, diarrea, disentería, esteatorrea, hematoquecia, melena y lentería y estreñimiento. En caso de estreñimiento, adoptar actividad física, horarios de deposición, horario para comer y evitar laxantes habitualmente (Morales y Jaime, 2016).

El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, se refleja en el cumplimiento, la capacidad y la motivación de realizar los quehaceres domésticos y las

actividades en la comunidad, trabajo u otro lugar que resida frecuentemente, por otra parte, se expresa por la calidad del sueño o descanso de la persona. En algunas personas con discapacidad física presentan dificultad social dado que su “nivel de condición física funcional determina la medida en que pueden manejarse con autonomía dentro de la sociedad, participar en distintos acontecimientos, visitar a otros amigos o familiares, utilizar los servicios y facilidades que se les ofrece” (Garatachea, 2016, pp. 48-49).

El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, demuestra que una persona puede ser introvertida o extrovertida, en caso de las personas con discapacidad en un establecimiento de cuidado, Ladrón (2017) plantea: “A medida que el usuario se encuentra más limitado en sus posibilidades comunicativas, se muestra más vulnerable a comportarse de forma violenta, transgrediendo las normas de convivencia y pudiendo realizar conductas antisociales como agredir a otros compañeros” (p. 28).

Para Roldán (2011) el bienestar humano y prevención de peligros para la vida de una persona se valora la higiene, la vestimenta, el manejo adecuado de la prevención de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, el reconocimiento de sintomatologías de descompensación, el consumo de sustancias tóxicas y bebidas excitantes, el cumplimiento terapéutico y la ansiedad del individuo. De acuerdo a Nola Pender (2011, como se citó en Polit y Tatano, 2018) “la promoción de la salud incluye actividades dirigidas al desarrollo de recursos que mantengan o aumenten el bienestar de la persona” (p. 126). Es decir, la valoración busca un déficit de la promoción de la salud del individuo con el fin de captar y prevenir enfermedades.

El funcionamiento del desarrollo humano en grupos sociales comprende los roles del ser humano en cada aspecto de la vida así conseguir una inclusión social, además ser capaces de asumir sus propias habilidades sociales, familiares y económicos. La capacidad de integrarse personaliza al individuo “de esa motivación depende la participación y la implicación de los usuarios para proponer ideas de actividad, asumir una tarea de grupo, apoyar a los demás en el desarrollo de la actividad” (Ladrón de Guevara, 2017, p. 40).

#### **4.2.7.2. Teoría del déficit de autocuidado**

De acuerdo a Orem los individuos que padecen una condición de salud están sometidos a limitaciones que imposibilita la capacidad de auto asistencia, demostrando así la teoría del déficit de autocuidado como sustento para la enfermería que merece ser analizada para facilitar al enfermero la habilidad ejecutar posibles cuidados de enfermería, de acuerdo al tipo de persona a cargo, tomando en cuenta las orientaciones externas e internas como sus hábitos, creencias, cultura y pensamientos (Naranjo, 2019).

#### **4.2.7.3. Teoría de los sistemas de Enfermería**

Para Dorothea Orem, sus teorías engloban el cuidado de sí mismos, la limitación de cuidado y el aprendizaje de autocuidado que se relacionan entre sí, este último hace referencia a esta teoría de sistemas de enfermería, que abarca los sistemas compensador total, parcial y educativo (Prado et al., 2014).

En el sistema totalmente compensador, está dirigido a pacientes con déficit de autocuidado total generados por alguna discapacidad o enfermedad, que dependen absolutamente de una enfermera para realizar el requisito universal de autocuidado como las actividades de la vida diaria. Para el sistema parcialmente compensador, el paciente se encuentra vulnerable pero consciente de las actividades de cuidado personal sin embargo requerirá ayuda de la enfermera a cargo. El sistema de apoyo educativo consiste en instruir o enseñar al paciente a lograr la adaptación para su cuidado personal según su condición de salud, dado que esta no implica en su capacidad de dependencia y solo requiere de la enfermera en calidad de docencia (Naranjo, 2017).

### **4.3. *Fundamentación legal***

#### **Constitución de la República del Ecuador.**

##### **Capítulo segundo:** Derechos del buen vivir

##### **Sección séptima:** Salud

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

##### **Capítulo tercero:** Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

##### **Sección sexta:** Personas con discapacidad

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

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

4. Exenciones en el régimen tributario.

5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.

6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.

11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.

## **Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades**

### **Capítulo 1: De las definiciones**



Art. 1.- De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.

## **Capítulo II: Del Proceso De Calificación**

Art. 3.- Reconocimiento y calificación: Corresponde a la autoridad sanitaria nacional emitir el certificado o documento que acredite la calificación de la discapacidad y la certificación de condición discapacitante.

Los beneficios que se concedan por la ley serán reconocidos mientras se mantenga vigente el certificado o documento que acredite la condición discapacitante.

La calificación de la discapacidad o de la condición discapacitante será gratuita.

## **5. Formulación de la hipótesis**

A mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en las personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón.

### ***5.1. Identificación y clasificación de las variables***

Variable Independiente: Dependencia funcional

Variable Dependiente: Déficit de autocuidado

## 5.2. Operacionalización de las variables

**Tabla 4**  
*Operacionalización de las variables*

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL INDICADORES	TÉCNICAS
A mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en las personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón.	<b>Variable Independiente:</b> Dependencia funcional	Estado de una persona que es incapaz de dominar físicamente aspectos funcionales del ser humano.	Actividades básicas de la vida diaria	Comer Trasladarse entre la silla y la cama Aseo personal Uso del retrete Bañarse/ducharse Desplazarse Subir y bajar escaleras Vestirse o desvestirse Control de heces Control de orina	Índice de Barthel
	<b>Variable dependiente:</b> Déficit de autocuidado	Situación de alteración funcional de los cuidados personales del individuo	Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos	Capacidad respiratoria Consumo de tabaco Ingesta de líquidos Ingesta alimenticia Cuidados vinculados con el proceso de eliminación	Escala de requisitos de autocuidado.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TÉCNICAS
<p>A mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en las personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón.</p>	<p><b>Variable dependiente:</b></p>	<p>Situación de alteración funcional de los cuidados personales del individuo</p>	<p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p>	<p>Capacidad para realizar tareas domésticas Cumplimiento de actividades fuera del hogar Capacidad para conciliar el sueño Interacción social</p>	<p>Escala de requisitos de autocuidado.</p>
			<p>Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social</p>	<p>Satisfacción de las relaciones sociales</p>	
			<p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano</p>	<p>Higiene adecuada Capacidad para reconocer síntomas de descompensación</p>	
				<p>Cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico</p>	
				<p>Métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual</p>	
				<p>Control de ansiedad</p>	
			<p>Funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.</p>	<p>Manejo adecuado de recursos económicos</p>	
				<p>Capacidad para asumir roles cotidianos</p>	
				<p>Afrontamiento de nuevas situaciones sociales</p>	

**Elaborado por:** Lissete Nicole González Ramírez

## CAPÍTULO III

### 6. Diseño metodológico

#### 6.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal - correlacional.

**Cuantitativo:** ya que en la recolección de datos se hace uso de instrumentos estandarizados como el Índice de Barthel. La naturaleza de los datos es cuantitativa (datos numéricos) por lo que se obtendrá datos precisos, analíticos y medibles para determinar el grado de dependencia.

**No experimental:** dado que no se manipulará ninguna de las variables (dependencia funcional, autocuidado y discapacidad física) en el estudio, y se analizará la problemática actual en su contexto natural es decir comprende la comunidad en sí, además han sido de guía estudios previos existente para la presente investigación.

**Transversal:** se recolectó datos estadísticos del 2021 en el Centro de Salud San José de Ancón, pertenecientes a las personas con discapacidad física.

**Correlacional:** permitirá comprobar la relación planteada en la hipótesis de la investigación. A mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado funcional en las personas con discapacidad física.

#### 6.2. Métodos de investigación

Esta investigación se enfoca en los métodos deductivo y analítico – sintético.

**Deductivo:** se recopila información de los diferentes estudios realizados a nivel mundial para extrapolarla a un caso en específico como es el Centro de Salud San José de Ancón.

**Analítico – sintético:** se categorizará por rangos de porcentaje de discapacidad y dependencia funcional; así como se clasificará a las personas con discapacidad física que tenga déficit de autocuidado según el grado de dependencia funcional. A partir de la descomposición de las variables que se realizó para obtener un resultado veraz, se recopilarán

los productos para ser interpretados de manera holística y establecer conclusiones de la investigación.

### **6.3. Población y muestra**

**Población:** La población a investigar está conformada por 30 personas con discapacidad física que constan en el Centro de Salud San José de Ancón.

**Muestra:** Se obtiene una muestra de 28 personas con discapacidad física de acuerdo al tipo de muestreo.

### **6.4. Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo es no probabilístico de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, en inclusión conformados por personas mayores de 8 años de edad hasta adultos mayores de ambos sexos con discapacidad física; y, criterios de exclusión a personas menores de 8 años de edad.

### **6.5. Técnicas recolección de datos**

Esta investigación se realizó a través de las visitas domiciliarias a las personas con discapacidad física del Centro de Salud de San José de Ancón, con el índice de Barthel y la escala de requisitos de autocuidado como instrumentos de valoración, evaluación y recolección de datos. Además, se hizo uso de la observación directa hacia los individuos para recopilar información objetiva.

### **6.6. Instrumentos de recolección de datos**

#### **1. ÍNDICE DE BARTHEL**

Este recurso “es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia” (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019, p. 4). Está estructurado por 10 ítems entre ellos está: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse o desvestirse, control de heces y control de orina. Su puntuación total es de 0-20 para dependencia total, 21-60 para dependencia severa, 61-90 para dependencia moderada, 91-99 para dependencia escasa, 100 para independencia y 90 para independencia si usa silla de ruedas.

## **2. Escala de requisitos de autocuidado ERA.**

Esta escala está basada en los requisitos de autocuidado según la teoría de Dorothea Orem con 35 preguntas distribuidas en los seis requisitos, el primero es el mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos con 6 preguntas; el siguiente es cuidados vinculados con el proceso de eliminación con 2 preguntas; el tercero es mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con 6 preguntas; el cuarto es mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social con 3 preguntas; el quinto es prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano con 12 preguntas; y finalmente el sexto es funcionamiento del desarrollo humano en grupos sociales con 6 preguntas. Está validada por profesionales especialistas, dado que, “se incluyeron en el cuestionario los ítems con un índice de validez de contenido igual o superior a 0,88, y se realizó una prueba piloto a 30 sujetos para valorar la comprensión y la factibilidad del instrumento” (Roldán, 2011, p. 29).

### **6.7. Aspectos éticos**

En la realización del estudio se requirió la autorización del Centro de Salud San José de Ancón del distrito 24D01 para acceder a la matriz de los pacientes con discapacidad física y posteriormente dar el seguimiento respectivo. Para los sujetos de estudio pertenecientes a la comunidad de Ancón, Tambo y Prosperidad se ejecutó un consentimiento informado escrito y verbal respaldando en ello el objetivo del estudio para aplicar los instrumentos concernientes a la investigación, además, este proyecto hace énfasis a las leyes de la Constitución de la República del Ecuador y el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades.

## CAPÍTULO IV

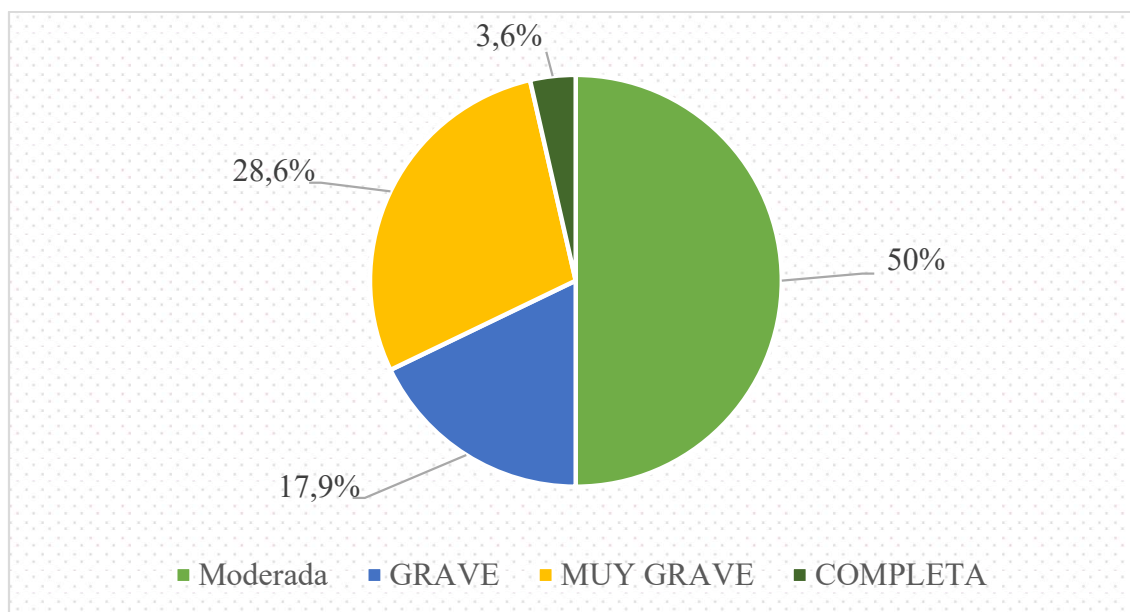
### 7. Presentación de resultados

#### 7.1. Análisis e interpretación de resultados

Este estudio es interpretado de acuerdo a sus variables y objetivos, de manera específica a general con el fin de obtener una relación entre sí. El primer punto con la variable independiente (dependencia funcional) haciendo énfasis al objetivo específico 1: evaluar las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes con discapacidad física a través del índice de Barthel. El segundo punto, con la variable dependiente (déficit de autocuidado) representado en el objetivo específico 2 que es: valorar el autocuidado de los pacientes con discapacidad física de acuerdo a la escala de requisitos de autocuidado de Dorothea Orem. En el tercer punto se pretende mostrar la relación entre ambas variables refiriéndose al objetivo 3: clasificar según el grado de dependencia funcional a las personas con discapacidad física que presentan déficit de autocuidado.

#### Gráfico 1

*Personas con Discapacidad Física*



El objeto de estudio son las 28 personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón, distribuidas entre ellas; con discapacidad moderada son el 50% (14 personas), con discapacidad muy grave son el 28,6% (8 personas), con discapacidad grave son el 17,9% (5 personas), y con discapacidad completa el 3,6% (1 persona). Incluye 17

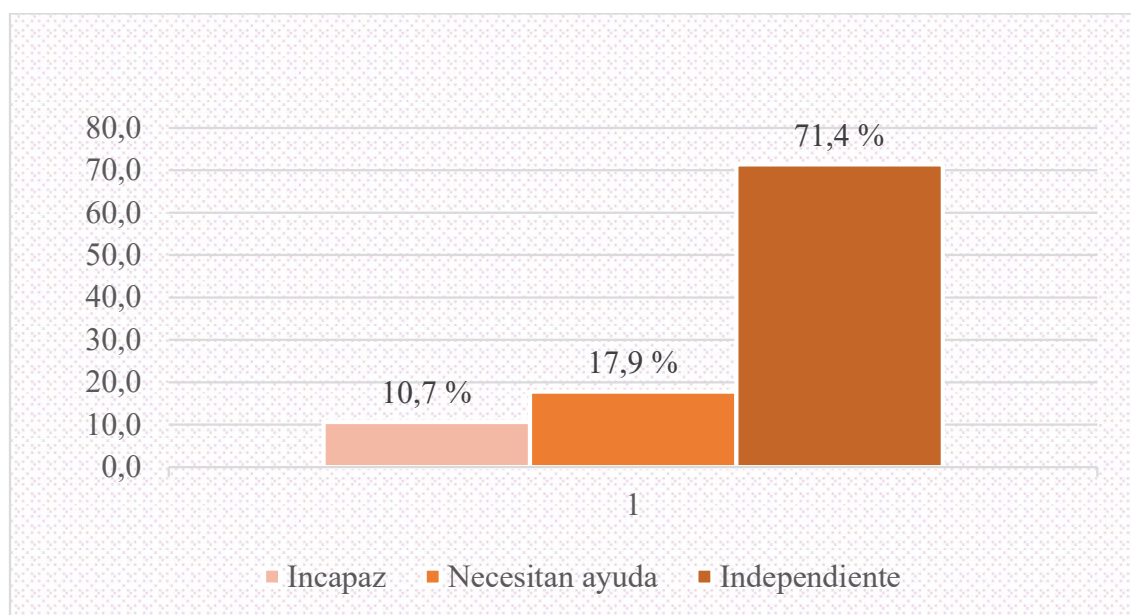


hombres y 11 mujeres desde 12 años hasta mayores de 65 años. Siendo, la discapacidad moderada con el 50% y la discapacidad muy grave con el 28,6%, las más relevantes en esta comunidad.

Resaltando el objetivo específico 1: Evaluar las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes con discapacidad física a través del índice de Barthel, se analizan las diez actividades básicas de la vida diaria del instrumento de Barthel en relación al tipo de discapacidad física.

## Gráfico 2

*Actividades Básicas de la vida diaria: Comer*



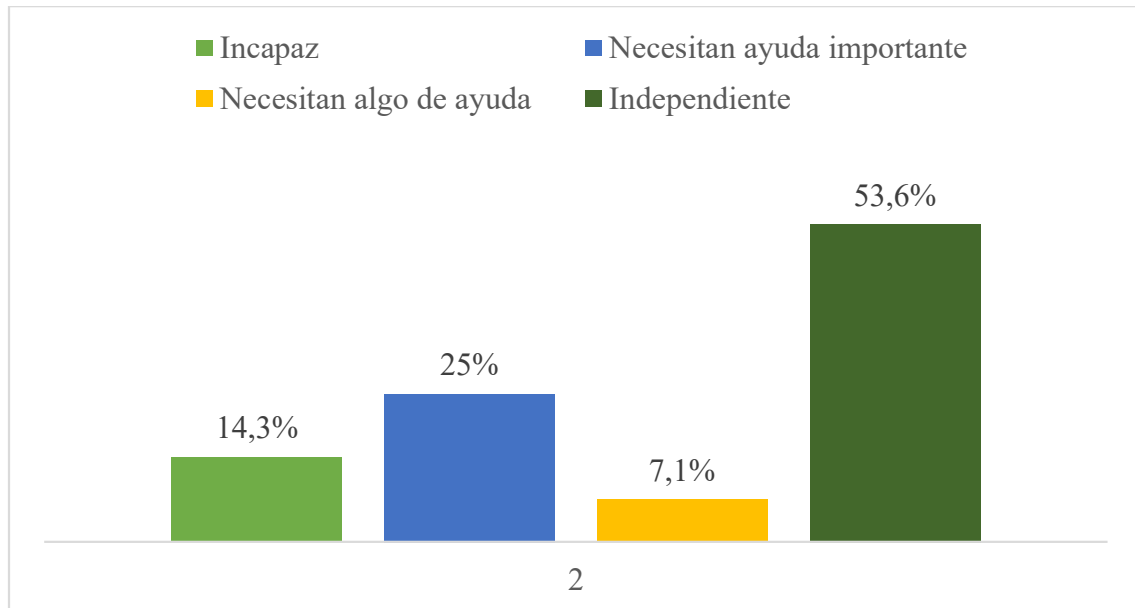
En el gráfico 2, el parámetro sobresaliente en la actividad de comer, es el 71,4% (20 personas) que corresponden a personas que son capaces de utilizar los instrumentos de comida además pueden cortar, extender mantequilla, usar condimentos, y en referencia al tipo de discapacidad el mayor porcentaje es la discapacidad moderada con el 70 %, es decir, la mayoría de estas personas son independientes, dado que, las afecciones como: dolor articular, artritis reumatoidea no avanzada, malformaciones por accidentes de tránsito, enanismo y hasta paraplejía no obstaculizan esta actividad.

A diferencia, del 17,9% (5 personas) necesitan ayuda para utilizar los instrumentos de comida, considerándose como el grado de dependencia intermedio, en el que 60% tienen discapacidad muy grave. Y finalmente el 10,7% (3 personas) corresponde a las personas que

son incapaces de comer por sí solos, es decir son dependientes, siendo de ellos el 100% personas con discapacidad muy grave, y que presentan parálisis cerebral espástica cuadripléjica y secuela de encefalitis viral.

### Gráfico 3

*Actividad Básica de la vida diaria: Trasladarse entre la silla y la cama*

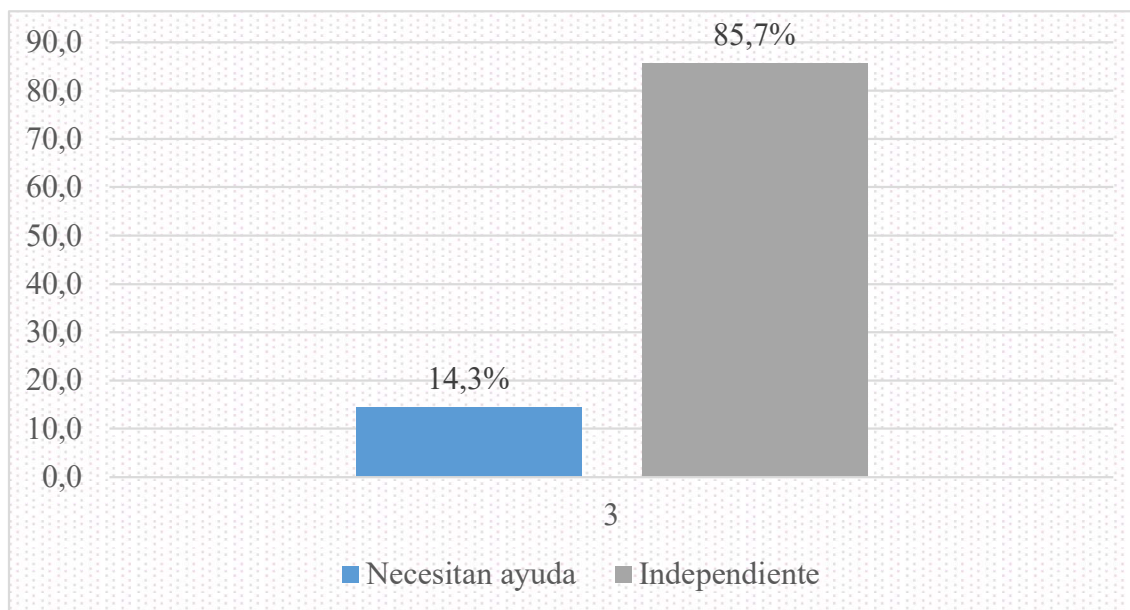


En cuanto a la opción de traslado entre la silla y la cama, el 53,6% (15 personas) son independientes por lo que, el 86,7% comprenden a personas con discapacidad moderada; a diferencia del 7,1% (2 personas) que necesitan un poco de ayuda sea física o verbal de los cuales tienen discapacidad grave y muy grave, la mayoría manifestaban sentirse inseguros por sí solos y el temor a tener una caída que complique su estado, y que necesitan ayuda mínima de una tercera persona para poder lograr estabilizarse, dar un paso y sentarse en la cama.

El 25 % (7 personas) necesitan ayuda importante de una o dos personas entrenadas además que pueden estar sentados, de esta cantidad el 42,9% tienen discapacidad muy grave; en cambio para las personas totalmente dependientes, el 14,3% (4 personas) muestran que son incapaces de moverse dado que algunos presentan paraplejía, parálisis cerebral espástica cuadripléjica o parálisis cerebral sin otra especificación y todos son catalogados con discapacidad física muy grave.

#### Gráfico 4

##### Actividades Básicas de la vida diaria: Aseo Personal

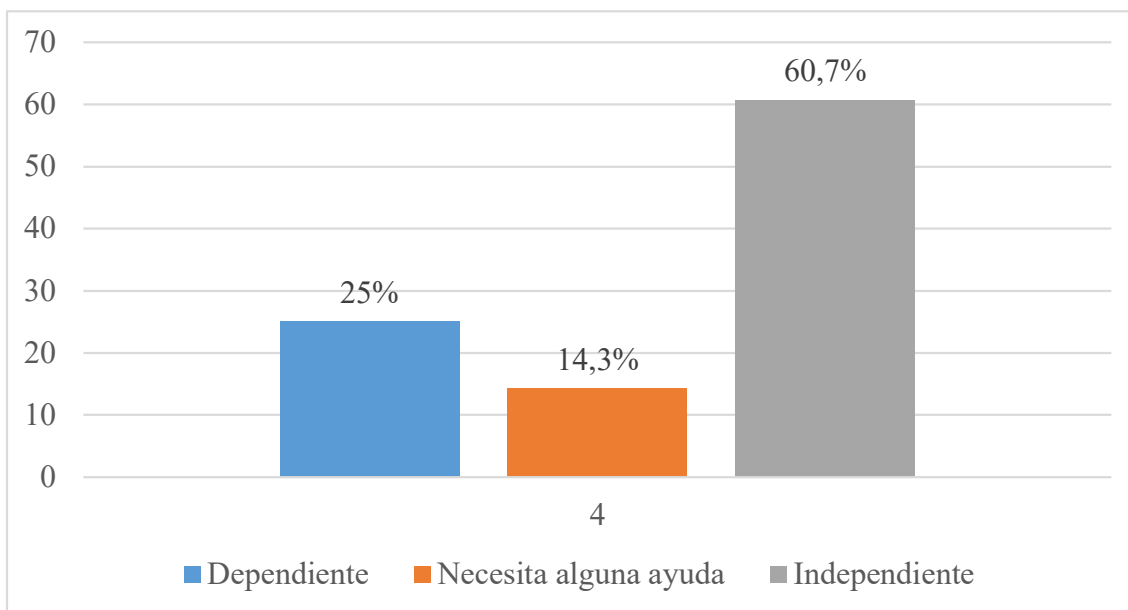


Se puede evidenciar en el gráfico 4, de los encuestados el 85,7% (24 personas) son independientes para peinarse, afeitarse, lavarse la cara, las manos y los dientes, puesto que, es una actividad esencial que algunas de ellas se dan varias veces al día y dentro de ese rango el 58,3% son personas con discapacidad moderada.

Como se muestra en este ítem, el 14,3% (4 personas) necesitan ayuda con el aseo personal y el 100% tienen discapacidad muy grave, es decir, estas personas son totalmente dependientes, dado el caso, en la entrevista quién manifestaba que realizaba el aseo era el familiar y la persona encuestada afirmaba.

### Gráfico 5

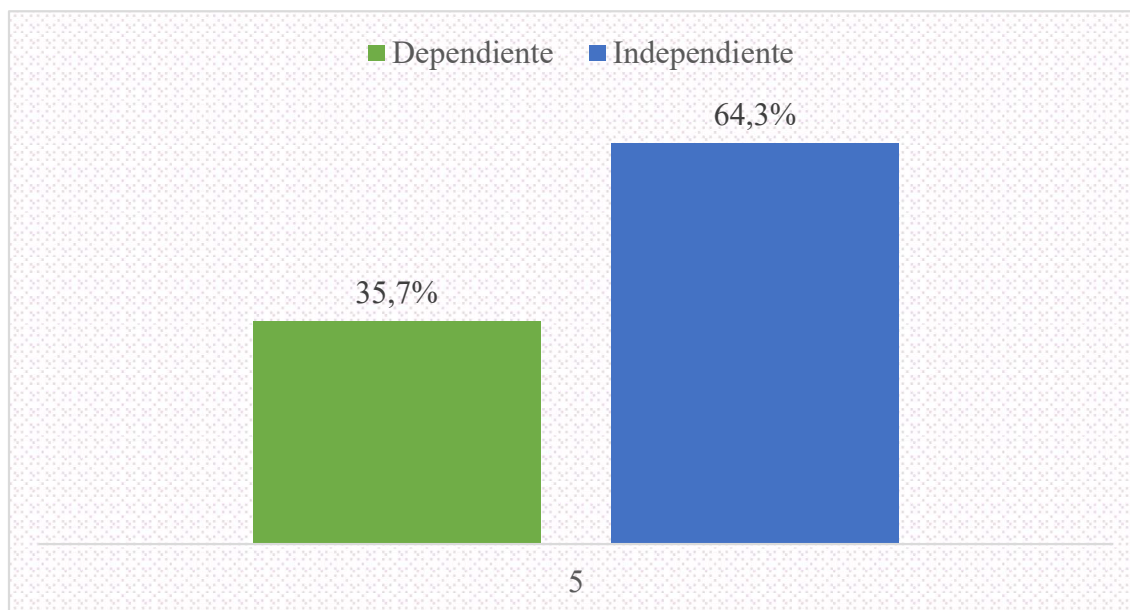
Actividad Básica de la vida diaria: Uso del retrete



Considerando el eje: uso del retrete, el 60,7% (17 personas) son independientes de las que, pueden entrar y salir del baño además de limpiarse y vestirse ya que, el 76,5% presentan discapacidad moderada. El 25% (7 personas) son dependientes dado que, el 71,4% son personas con discapacidad física muy grave; seguido del grado intermedio con el 14,3% (4 personas) que necesitan parcialmente ayuda, demostrando que, pueden hacer la mitad de esta actividad por sí mismos y de ellos el 50 % de personas presentan discapacidad grave, la explicación recibida de los encuestados es que, ellos pueden asearse, vestirse, pero un número considerable mencionan que necesitan ayuda para el traslado, que incluye el levantamiento corporal del retrete y la salida del baño.

## Gráfico 6

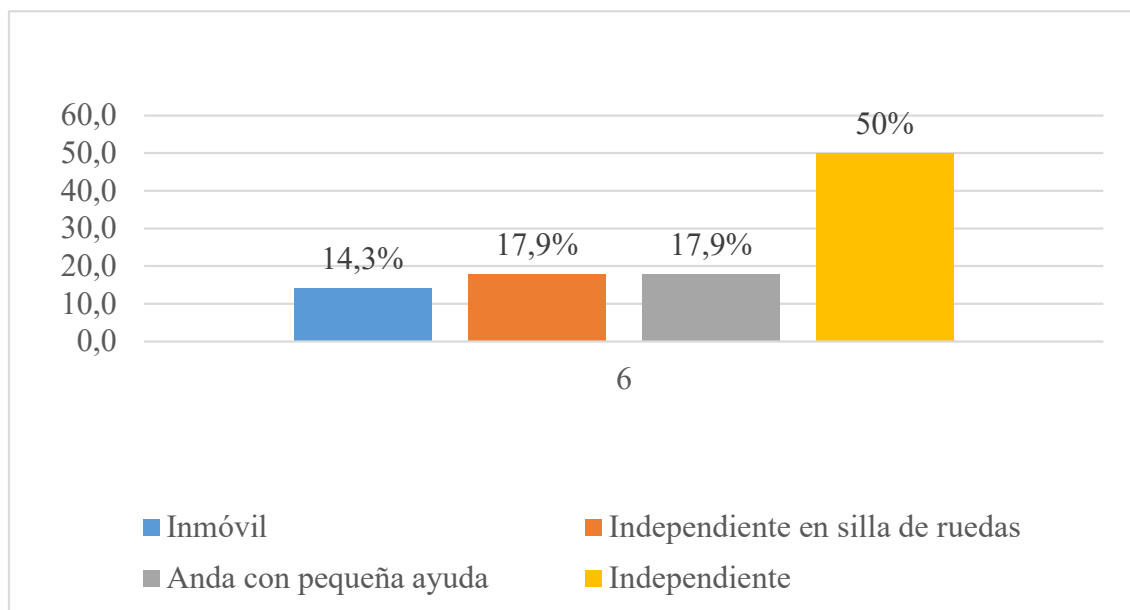
### Actividades Básicas de la vida diaria: Bañarse/ ducharse



En el quinto indicador de bañarse o ducharse, el 64,3% (18 personas) son independientes para bañarse o ducharse por lo que el 88,9% presentan discapacidad moderada. Sin embargo, el 35,7% (10 personas) son dependientes de una tercera persona sea familiar o cuidador externos ya que el 60% tienen discapacidad, en este ámbito se evidenció en las personas dependientes las categorías que redacta Lynn (2016) como la demanda de asistencia al momento de bañarse, tomando en cuenta si caminan hacia al baño por sí solos, toleran estar de 15 a 20 minutos sentados, manejan los insumos de baño, presentan alguna dificultad durante el baño y si necesitan ayuda para el secado. También es importante el lugar en el que se ejecuta, dado el hecho que, en la visita domiciliaria, ciertas personas terminaban de realizar esta actividad y se evidenciaba que se había realizado en la sala, algunas personas en la cama y otras en el baño.

### Gráfico 7

Actividad Básica de la vida diaria: Desplazarse

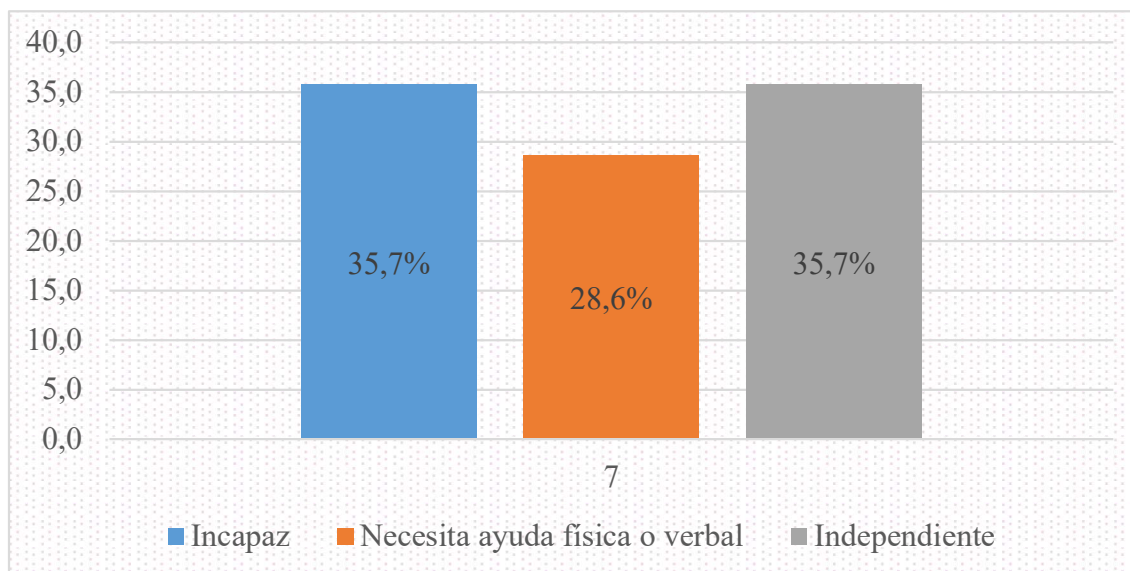


En el sentido de la opción de desplazarse, el 50% (14 personas) son independientes, al menos 50 metros pueden caminar con cualquier tipo de muleta excepto andador, de modo que el 85,7% tienen discapacidad moderada. Del mismo modo, el 17,9% (5 personas) son independientes en silla de ruedas a 50 metros debido que algunos están diagnosticados con paraplejía, artrosis o artritis reumatoide deformante del que 40% presentan discapacidad muy grave, pero esto no impide que estas personas puedan movilizarse en su silla de ruedas siempre sea con la debida precaución.

Valorando el grado de dependencia, el 17,9% (5 personas) necesitan una pequeña ayuda física o verbal de una tercera persona, de ahí que el 80% tienen discapacidad grave; en disimilitud, el 14,3% (4 personas) se encuentran inmóvil presentando todos discapacidad muy grave, generalmente son no ambulatorias, adultos o adultos mayores, con eso se corrobora que sin importar la edad se refleja la dependencia en esta categoría, por lo que, atañe al tipo de afectación de salud que conlleva, es decir, en caso evidenciado de artritis reumatoidea avanzada en personas menores de 40 años de edad.

### Gráfico 8

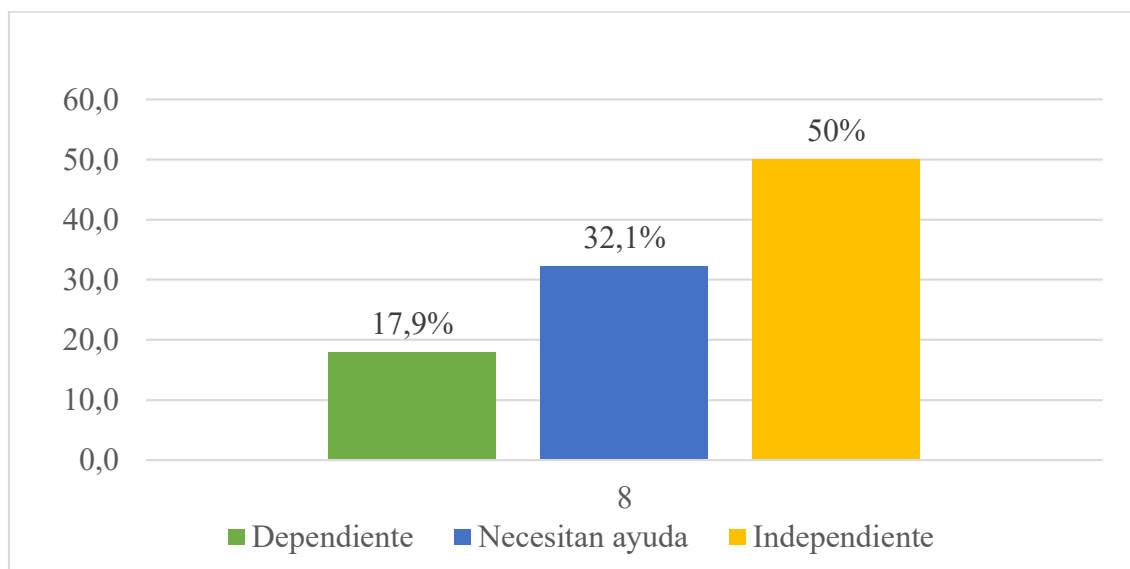
Actividades Básicas de la vida diaria: Subir y bajar escaleras



Con respecto a los datos obtenidos en este punto, el 35,7% (10 personas) son incapaces de subir y bajar escaleras correspondientes en un 60% a la discapacidad física muy grave; en divergencia al 28,6% (8 personas) que necesitan ayuda física o verbal de su cuidador y pueden llevar cualquier tipo de muleta, de los cuales el 37,5% presentan discapacidad grave. Paralelamente a las personas dependientes, para la independencia es representado así mismo con el 35,7% (10 personas), de aquello, el 100% tienen discapacidad moderada.

### Gráfico 9

Actividad Básica de la vida diaria: Vestirse o desvestirse

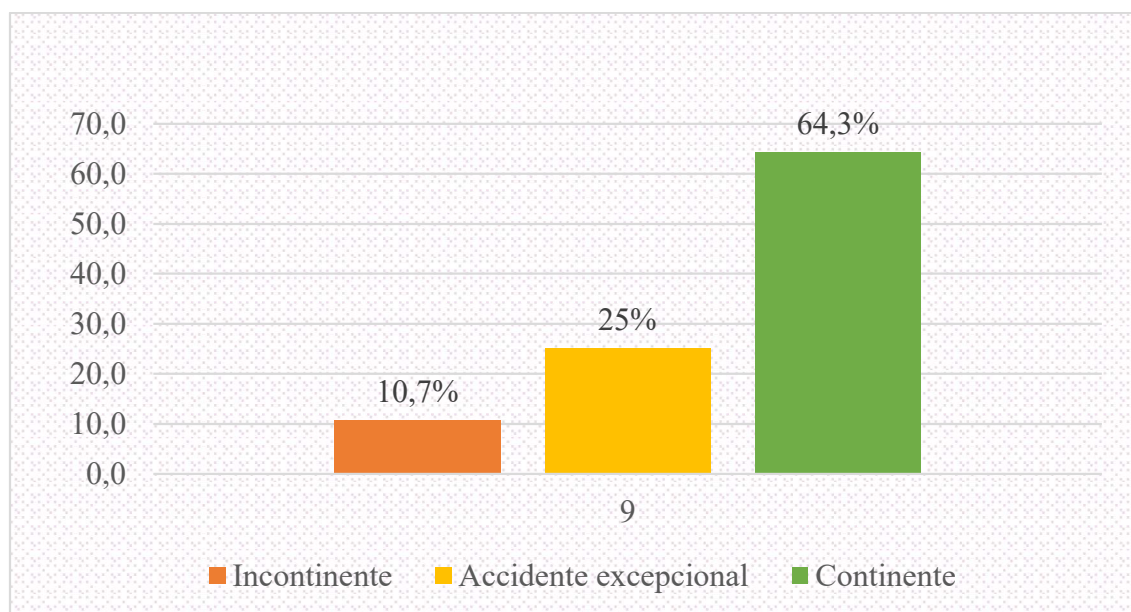


En relación a la capacidad de vestirse o desvestirse, el 50% (14 personas) son independientes, es decir, pueden abrochar botones, utilizar cremalleras, cierres y cordones, entre ellos el 92,9% tienen discapacidad moderada dado que estas personas presentan enanismo, enfermedades como artritis no avanzada y otras presentan secuelas por accidentes de tránsito, de manera que no afectan totalmente sus actividades de la vida diaria.

El 32,1% (9 personas) necesitan ayuda, pero pueden hacer la mitad aproximadamente sin ayuda, del cual el 44,4% tienen discapacidad grave; en disparidad, el 17,9% (5 personas) dependen de un familiar para realizar esta actividad, dentro de lo que comprende esta categoría el 80% tienen discapacidad muy grave.

### Gráfico 10

*Actividad Básica de la vida diaria: Control de heces*



Se evalúa el control de heces de las personas con discapacidad física, el 64,3% (18 personas) tienen la capacidad de contener la evacuación intestinal, a los que comprende la mayoría de personas es el 77,8% con discapacidad física moderada. Según este grupo de personas referían no presentar molestias de incontinencia, sin embargo, dependiendo de la alimentación solo unos días presentan estreñimiento, pero lo compensan con la ingesta de líquidos y se regula el tránsito intestinal.

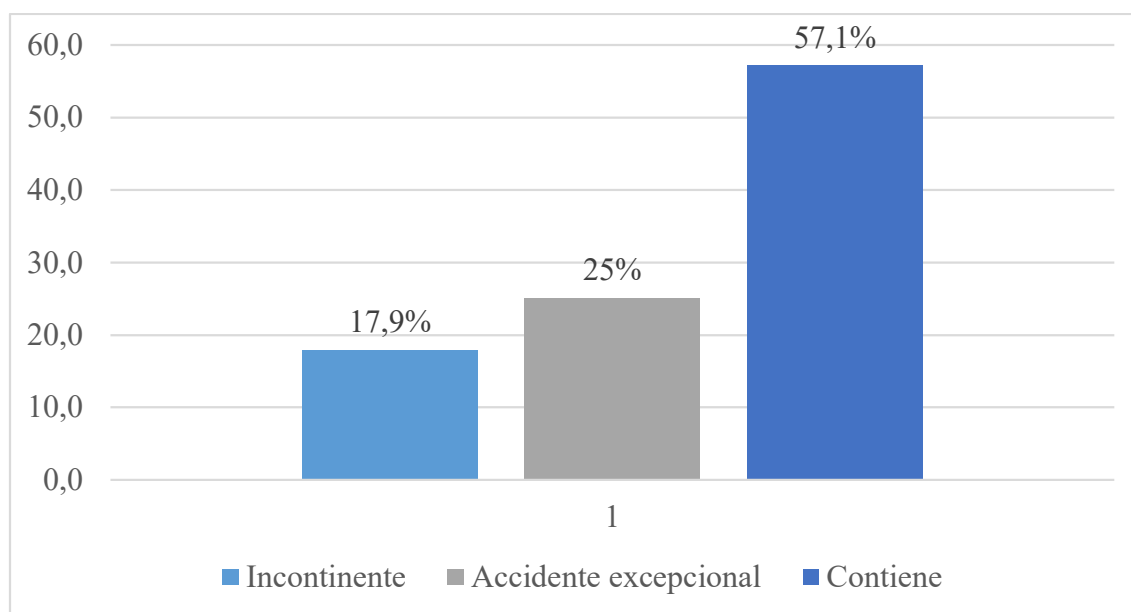
El 25% (7 personas) presentan accidente excepcional ya sea uno por semana, es decir, mencionaban los encuestados que, a veces presentan goteo de heces líquidas o semilíquidas



y en sentido de constipación, otras personas realizaban solo 3 evacuaciones pobres a la semana, puesto que, el 57,1% son personas con discapacidad grave. Y el 10,7% (3 personas) presentan incontinencia siendo el 100% personas con discapacidad muy grave, normalmente mencionaban los cuidadores de las personas de estudio que, en el transcurso de algunos días presentan goteo de heces líquidas o semilíquidas con la necesidad de utilizar pañales prudenciales, y las mismas personas suelen también en otro tiempo dentro de los dos últimos meses, presentar constipación requiriendo enemas.

### Gráfico 11

*Actividad Básica de la vida diaria: Control de Orina*



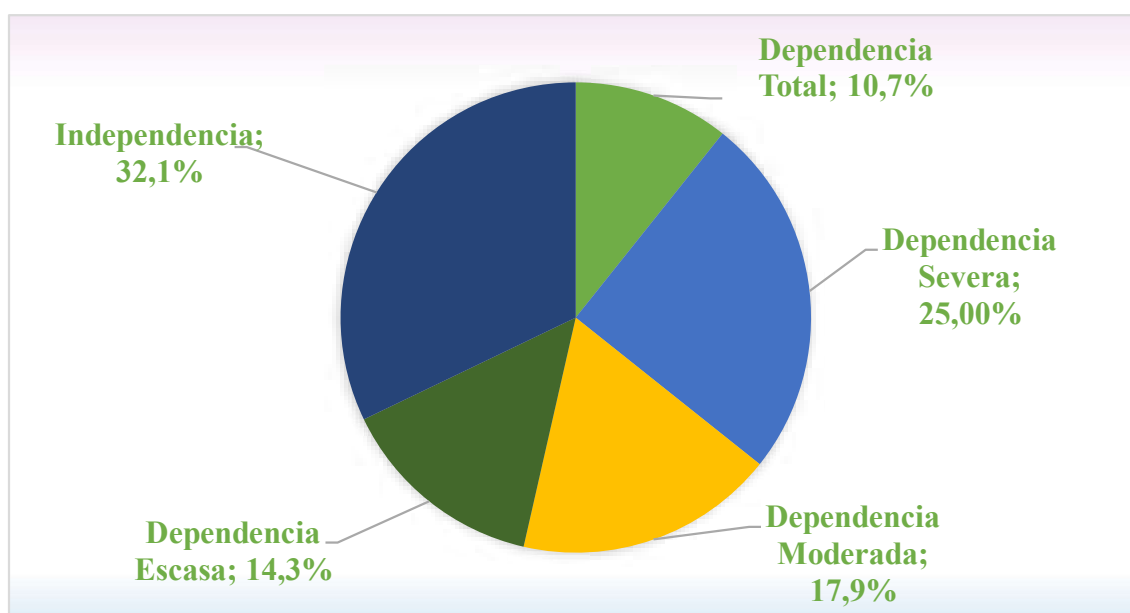
Se valora el control de orina obteniendo que el 57,1% (16 personas) son capaces de tener continencia urinaria durante al menos 7 días, de aquello, el 87,5% pertenecen a personas con discapacidad modera, entre ellos están, adultos y adultos mayores que son capaces de contener la orina. Debido a lo evidenciado, la edad no es un factor para catalogar a persona con incontinencia urinaria.

El 25% (7 personas) manifiestan tener un accidente excepcional sea máximo uno por 24 horas, refiriéndose al 57,1% de personas con discapacidad grave; y el 17,9% (5 personas) presentan incontinencia urinaria, dentro del cual, el 80% tienen discapacidad muy grave, se presencia que algunas personas con discapacidad grave utilizan sonda vesical además por sí solos no pueden cambiar la bolsa recolectora dado que algunos son no ambulatorios, ésta

sonda se realiza el cambio cada 7 días, y de acuerdo a la mención de los cuidadores, hay veces que se sobrepasan esos días y suelen tener infección en el tracto urinario.

Concretizando, las categorías en las que presentan mayor grado de dependencia son bañarse/ ducharse, y subir y bajar escaleras con 35,7% cada una, quiere decir, que estas opciones son esenciales para poder valorar y demostrar el nivel de dependencia. Para el grado de dependencia intermedio, es decir, necesitan parcialmente ayuda de una tercera persona, la categoría es desplazarse con el 35,8%. Así mismo para el grado de independencia las categorías más resaltadas son el aseo personal con el 85,7%, se valora la capacidad de peinarse, afeitarse, lavarse la cara, las manos y los dientes; y comer con el 71,4%, esto demuestra que este ítem es el más sencillo así sea que la persona tenga una discapacidad física grave.

**Gráfico 12**  
*Grado de Dependencia Funcional*



En síntesis, las personas que presentan independencia resultó con 32,1% textualmente son 9 personas correspondientes a 4 hombres y 5 mujeres desde 22 a 56 años de edad con discapacidad moderada. La dependencia severa se representa con el 25% del cual, son 7 personas entre ellos 5 hombres y 2 mujeres de 40 a 87 años distribuidos entre discapacidad moderada, grave, muy grave y completa. Así mismo para dependencia moderada es el 17,9%, representando a 5 personas que comprenden 4 hombres y 1 mujer desde 65 a 79 años de edad,

presentando entre ellos discapacidad grave y muy grave. En dependencia escasa se obtuvo el 14,3%, esto son 4 personas que se abarcan 3 hombres y 1 mujer con edades desde 24 a 68 años y cada uno presentan discapacidad moderada. Y para la dependencia total, el resultado generado es el 10,7%, es decir, 3 personas de las cuales, corresponde a 1 hombre y 2 mujeres de 12 a 14 años de edad y que presentan discapacidad física muy grave.

El objetivo específico 2 se refiere a: valorar el autocuidado de los pacientes con discapacidad física de acuerdo a la escala de requisitos de autocuidado de Dorothea Orem. Se analiza la respuesta con mayor relevancia de cada una de las 35 preguntas distribuidas en los 6 requisitos en relación al grado de dependencia.

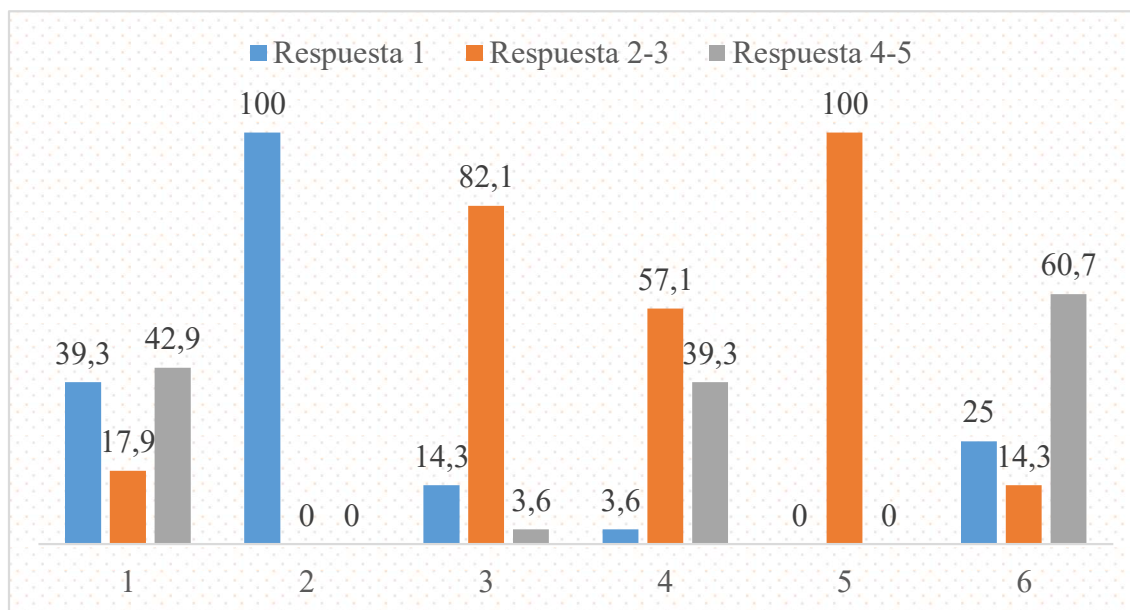
**Tabla 5**  
*Escala de requisitos de autocuidado.*

Respuesta	Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos	3	4	5	6	7	8	Cuidados vinculados con el proceso de eliminación	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
<b>Buena</b>	11	28	4	1	0	7	15	10	9	2	2	2	9	5	11	10	9	7	2	14	10	6	27	15	2	3	2	5	6	11	6	4	5	4	0							
<b>Intermedio</b>	5	0	23	16	28	4	5	14	8	9	10	14	8	12	10	11	12	12	17	9	12	13	1	10	26	16	4	20	17	11	13	19	17	18	21							
<b>Malo</b>	12	0	1	11	0	17	8	4	11	17	16	12	11	11	7	7	7	9	9	5	6	9	0	3	0	9	22	3	5	6	9	5	6	6	7							
<b>Total</b>	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28

Esta tabla muestra el compilado, de la cantidad de personas que contestaron cada una de las 35 preguntas de los seis requisitos de autocuidado, categorizando las respuestas entre bueno, intermedio y malo, de aquí nacen los gráficos que se presentan a continuación, teniendo en cuenta que se pretende demostrar el déficit de autocuidado de la población de estudio.

### Gráfico 13

Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos



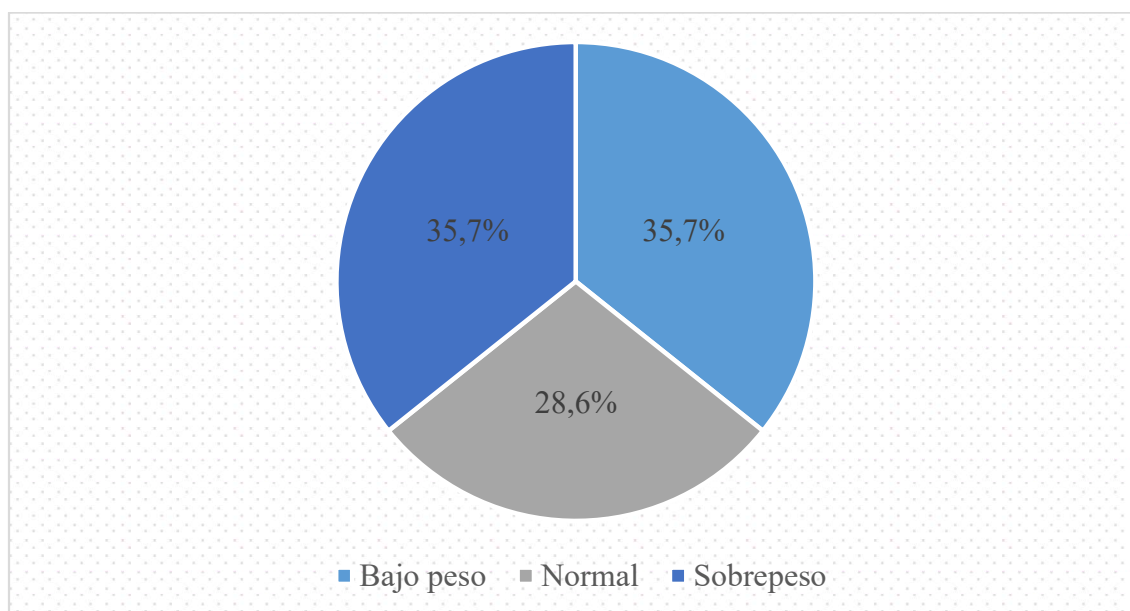
El dato más relevante procedente a la primera pregunta respecto a la capacidad respiratoria, el 42,9% (12 personas) muestran fatiga respiratoria cuando realizan actividad física y otras manifiestan ser incapaces de hacer alguna actividad porque se agitan demasiado. Este grupo presentan entre discapacidad física grave y muy grave, además la mayor parte son adultos mayores y menores de edad que son totalmente dependientes, se puede deducir que, existe fatiga respiratoria de esfuerzo, de acuerdo a la avanzada edad y a la dependencia total. Dado a lo redactado, en referencia al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 1 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.

La pregunta 2 es en referencia al consumo de tabaco, por el cual, el 100% (28 personas) de la población mencionaron que en la actualidad no consumen, pero que anteriormente alguna vez en su vida consumieron muy poco.

La pregunta 3 es respecto a la ingesta de líquidos, el 82,1% (23 personas) afirmaron que, casi siempre beben de 1 a 2 litros de líquidos como jugos, infusiones y el agua muy poco. Los cuidadores de las personas dependientes relataban que, normalmente son quienes brindan líquidos y vigilan alguna reacción, y que no muestran resistencia los sujetos de cuidado. Sintetizando al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en este ítem.

La pregunta 4 ilustra sobre los conocimientos de dieta equilibrada, el 57,1% (16 personas) son capaces de clasificar los alimentos en los diferentes grupos, pero no conocen cantidades recomendadas; respecto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

**Gráfico 14**  
*Índice de masa corporal*

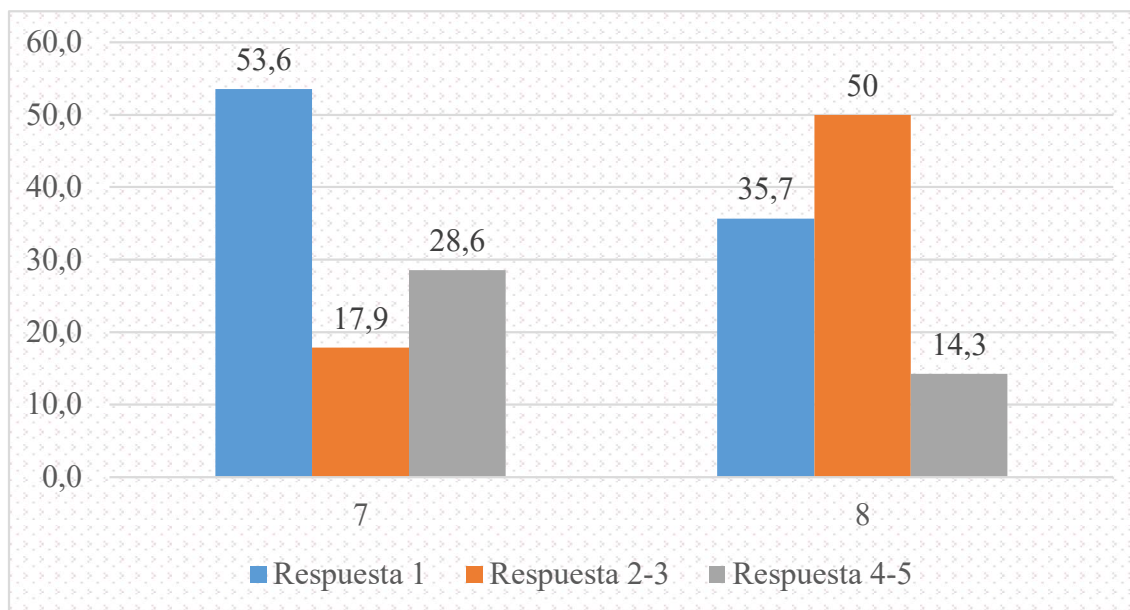


En cuanto al tema de la pregunta 5 trata a cerca de la ingesta alimenticia adecuada de acuerdo a la contextura corporal, el 100% de la población ingieren comidas inadecuadas 1 a 4 días a la semana; en consideración al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 9 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta. Este punto se corrobora con el IMC, demostrando como resultado que el 35,7% (10 personas) tienen bajo peso, el 35,7% (10 personas) tienen sobrepeso y por último el 28,6% (8 personas) tienen peso normal.

La pregunta 6 se refiere a los conocimientos y habilidades de la preparación de la comida, resulta que, el 60,7% (17 personas) no preparan la comida y solo algunos tienen conocimientos para elaborarla, motivo por el cual se compara de acuerdo al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 1 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.

### Gráfico 15

*Cuidados vinculados con el proceso de eliminación*

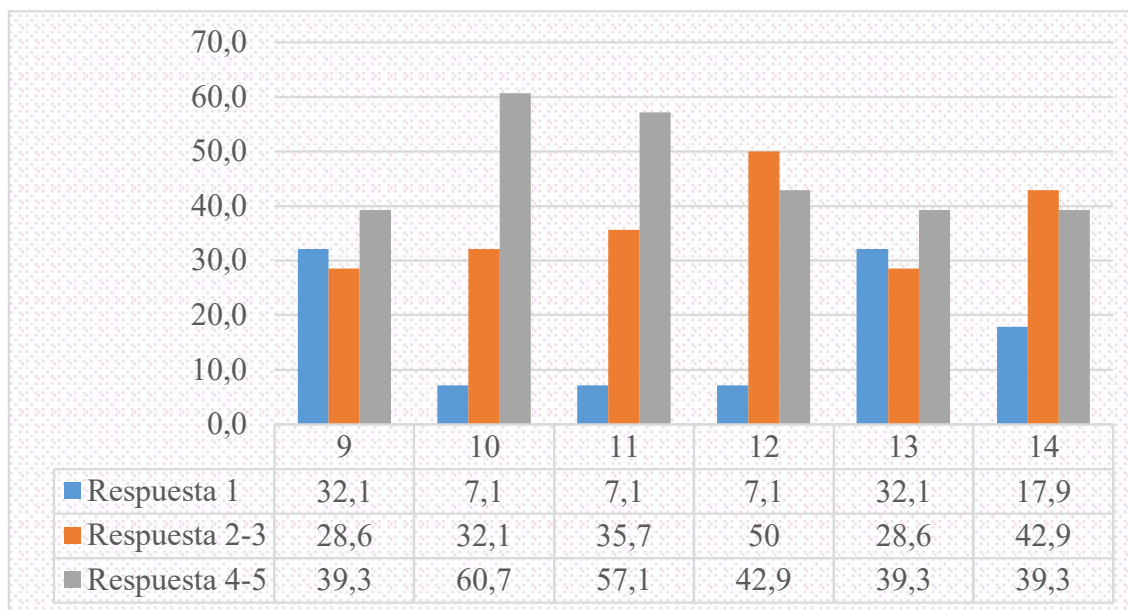


Es concerniente la pregunta 7 al control del esfínter urinario, dado que el 53,6% (15 personas) tienen el control del esfínter uretral externo; respecto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes no muestran déficit en esta pregunta. Mientras que el 28,6% (8 personas) mencionaron que casi o diariamente presentan incontinencia urinaria durante el día y la noche. Ciertas personas presentan infecciones del tracto urinario, también nicturia, disuria, coluria y polaquiuria entre ellas son las personas independientes y dependientes, además se toma en cuenta, la utilización de sonda vesical, dado que es una fuente de infección, y ciertas personas realizaban el cambio de sonda mayor a los siete días.

La pregunta 8, es respecto a la eliminación fecal, el 50% (14 personas) han tenido dificultad para defecar en los dos últimos meses con episodio de constipación en 2 ocasiones, aunque no han requerido laxantes. Se valora si demanda de laxantes o enema para evacuar y mejorar el tránsito digestivo en caso de estreñimiento, o por el contrario presenta incontinencia fecal (Vithas, 2018). Haciendo referencia al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 2 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

## Gráfico 16

*Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo*



La pregunta 9, destaca los conocimientos para el mantenimiento de un hogar saludable, el 39,3% (11 personas) manifestaron que no saben realizar algunas de las tareas domésticas. Considerando al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 0 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.

La pregunta 10, es sobre la capacidad de realizar tareas domésticas y mantener un hogar saludable, el 60,7% (17 personas) casi nunca u otras no realizan las tareas domésticas como la limpieza del hogar que, incluye barrer el suelo, limpiar el polvo, lavar, cocinar, realizar el cuidado de la ropa, planchar o comprar, esto es debido a que este estudio hay más hombres que mujeres, específicamente 17 hombres, y algunos de ellos manifestaron que no se encargaban de esas tareas porque tienen a sus esposas o el trabajo consume la mayor parte de tiempo en caso de las personas que son independientes y tienen discapacidad moderada. Pero esto no quiere decir que excluimos a las mujeres, porque tanto hombres como mujeres, por el mismo problema de discapacidad muy grave le impiden realizar estas tareas, por ejemplo, personas en silla de ruedas o encamados que presentan dependencias moderada a severa, y otros por las dolencias presentes como dolor articular. En vista al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 4 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.



La pregunta 11, corresponde al grado de motivación para realizar las tareas domésticas, el 57,1% (16 personas) no se sienten motivados y no las realizan. En referencia al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 1 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta. En relación a la teoría del entorno de Florence Nightingale “consistía en identificar esos elementos que debía controlar la enfermera del ambiente, tales como la luz, el ruido, la ventilación, el aire fresco, agua limpia y potable y la correcta eliminación de excretas, que eran benéficos para la salud” (Santillán, 2020), dado el caso los cuidadores directos son quienes brindan esa comodidad, pero en ciertos casos evidenciados no cumplían a cabalidad.

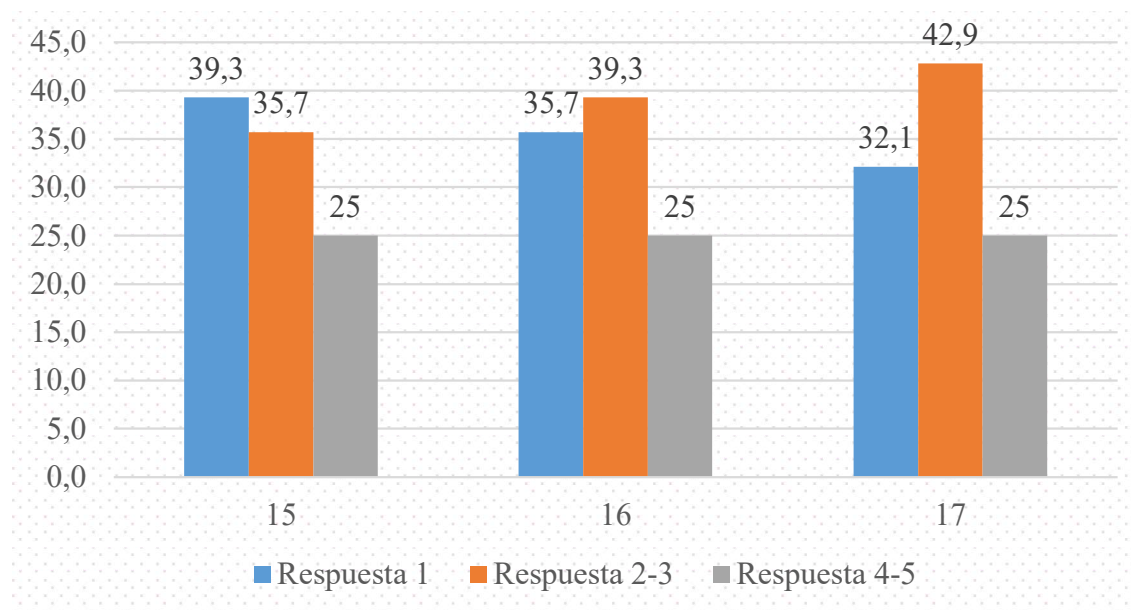
La pregunta 12, comprende el grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar, el 50% (14 personas) ocasionalmente cumplen con actividades sean deportivas, comunitarias, educativas, o distracción. En cuanto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 13, considera al grado de motivación de las actividades fuera del hogar, el 39,3% (11 personas) no tienen motivación y por ende no realizan ningunas actividades externas. Dado que algunos no pueden salir del hogar se sienten frustrados y aumenta con el estado a nivel mundial con respecto a ser vulnerables a la enfermedad por coronavirus. En relación al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 0 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.

La pregunta 14, es en relación al sueño – reposo, el 42,9% (12 personas) en ocasiones tienen dificultades para conciliar y mantener el sueño durante las noches, pero tienen la sensación de haber descansado bien, en referencia al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 5 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta. De igual manera el 39,3% (11 personas) casi siempre tienen dificultades para conciliar el sueño y mantenerlo, y otras pueden dormir en exceso.

### Gráfico 17

#### Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social



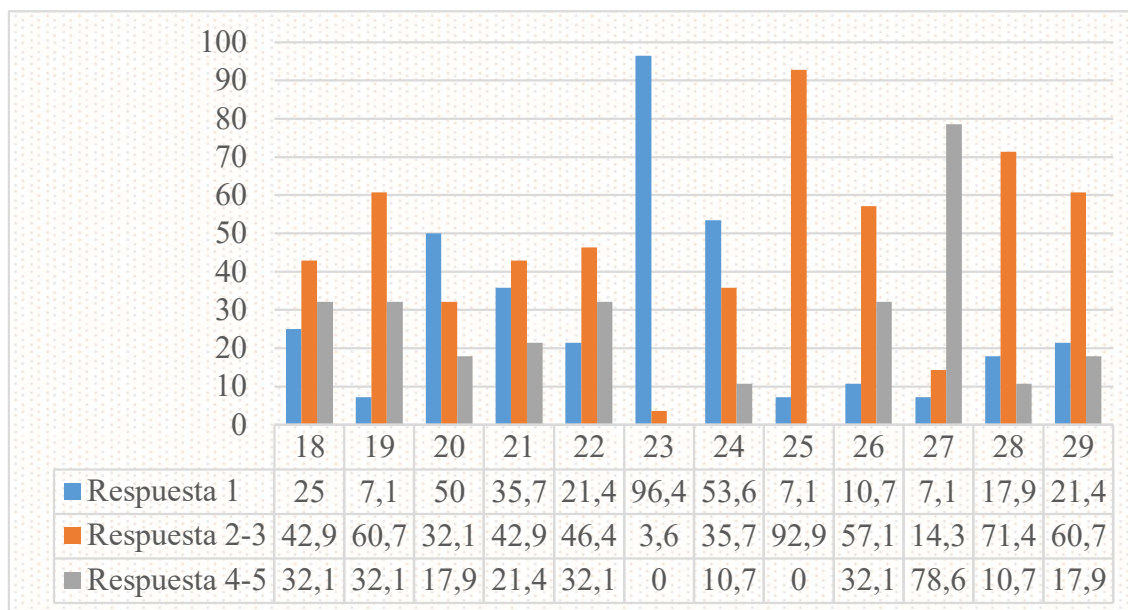
La pregunta 15, abarca el grado de interacción social, el 39,3% (11 personas) mantienen una buena relación con familiares, amistades y personas más cercanas a su entorno y de manera no tan lejano; respecto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 5 de 9 personas independientes no muestran déficit en esta pregunta. El 35,7% (10 personas) presentan dificultad al interactuar con personas conocidas, amigos y hasta con familiares.

La pregunta 16, se refiere al grado de satisfacción de las relaciones sociales, el 39,3% (11 personas) manifiestan que, en algunas ocasiones, sienten que son comprendidas y valoradas por sus familiares, amigos y personas conocidas. En cuanto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 3 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 17 considera a las relaciones de amistad o de pareja, el 42,9% (12 personas) entre ellas, la mitad, se relacionan con muy pocas dificultades con todas las personas, y la otra mitad con muchas dificultades y socializan con muy pocos. Haciendo referencia al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 2 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

## Gráfico 18

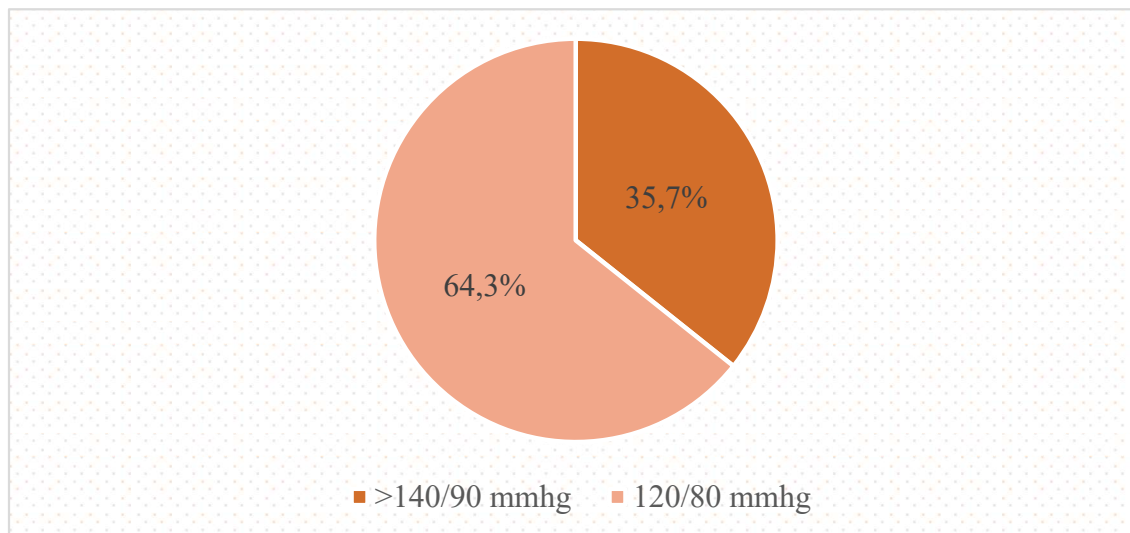
*Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano*



La pregunta 18 es acerca de la higiene, el 42,9% (12 personas) casi diariamente se realizan aseo personalmente; de acuerdo al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta. Mientras que el 32,1% (9 personas) presentan varias dificultades en calidad y en frecuencia además que necesitan supervisión.

La pregunta 19, es en relación a la vestimenta, se evidencia que el 60,7% (17 personas) casi la mayoría de veces tienen la ropa limpia y adecuada al tiempo y lugar; en cuanto al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta. Mientras que el 32,1% (9 personas) se observa, ropa sucia y poco adecuada al tiempo, por ejemplo, hay personas que tienen ropa en mal estado y limpia, pero este porcentaje la tienen en mal estado y sucia, con respecto al tiempo la ropa de dormir algunos la utilizan en la tarde.

**Gráfico 19**  
*Presión Arterial*



La pregunta 20, incluye a la capacidad para reconocer síntomas de descompensación, el 50% (14 personas) reconocen los síntomas de descompensación y solicitan ayuda; en consideración al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes no muestran déficit en esta pregunta. Mientras que el 32,1% (9 personas) presentan dificultades para reconocer síntomas de descompensación, y de repente solicitan ayuda; por esto se toma en cuenta los signos vitales de las personas encuestadas demostrando que el 35,7% (10 personas) tienen presión arterial alta, mayor a 140/90 mmhg, y algunos de ellos son asintomáticos; y otros presentaron tinnitus o cefalea, que al momento de la entrevista se fijaron que no es normal porque días anterior han sentido lo mismo pero no le tomaron importancia; y solo 2 personas presentan bradicardia y taquicardia, sin embargo, la saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y la temperatura están en parámetro normales.

La pregunta 21, es en referencia al cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico, de manera que el 42,9% (12 personas) cumplen muy pasivamente, pero a veces necesitan supervisión, en este sentido estas personas mencionan lo siguiente: “me canso de tomar todos los días las pastillas” y “a veces no tomo la pastilla para la presión porque no tengo síntomas”, es por ello que descuidan el tratamiento debido. Referente al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 3 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 22, es sobre el cumplimiento de las visitas de seguimiento, el 46,4% (13 personas) necesitan de supervisión para acudir a las visitas médicas; a cerca del grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 3 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta. Y el 32,1% (9 personas) casi nunca realizan visita, en esto manifestaron que prefieren estar en casa y solo en caso de urgencia acuden al médico, ya que sienten temor a ser contagiados de coronavirus.

La pregunta 23 es respecto al consumo de sustancias tóxicas, el 96,4% (27 personas) no consumen nada de sustancias tóxicas, dado que algunos son adultos mayores, en trascurso de una enfermedad, pero que anteriormente si han consumido unas que otras sustancias tóxicas. Sobre el grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 9 de 9 personas independientes no muestran déficit en esta pregunta.

La pregunta 24, ilustra los conocimientos de los riesgos de consumo de sustancias tóxicas, el 53,6% (15 personas) tienen presentes los riesgos; considerando el grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 8 de 9 personas independientes no muestran déficit en esta pregunta. Mientras que el 35,7% (10 personas) solo tienen conocimientos de los riesgos de las sustancias tóxicas más reconocidas.

La pregunta 25, es sobre el consumo bebidas excitantes, el 92,9% (26 personas) realizan consumo leve o moderado de estas bebidas y los más comunes son la Coca-Cola y el café, debido que el resto de la familia también las consumen. Haciendo referencia al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 9 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 26, infiere sobre el conocimiento de los riesgos y métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, el 57,1% (16 personas) tienen algunos conocimientos, mientras que el 32,1% (9 personas) no tienen casi ninguno. Respecto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 27, plantea la utilización de métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, el 78,6% (22 personas) no utilizan los métodos, esto se debe que algunas parejas utilizan otro tipo de planificación familiar como los diferentes métodos hormonales

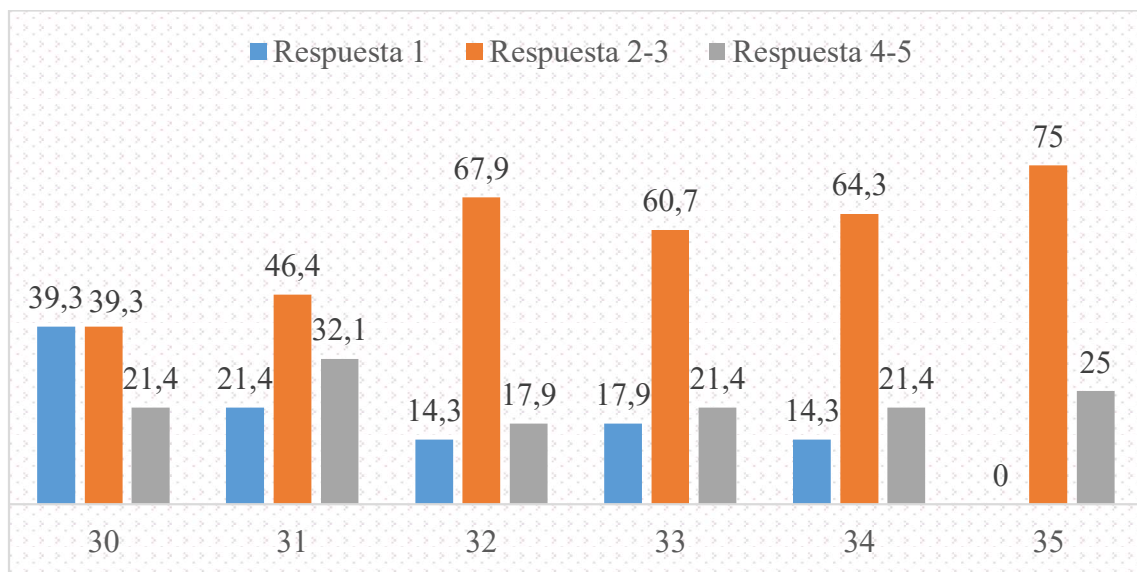
y no utilizan el método de barrera que es esencial para prevenir enfermedades de transmisión sexual; y otros son adultos mayores que el 27,3% presentan dependencia severa, por lo que manifiestan no tener relaciones sexuales. Considerando el grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 5 de 9 personas independientes muestran alto déficit en esta pregunta.

La pregunta 28, explica la presencia de ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, demostrando que el 71,4% (20 personas) presentan parcialmente ansiedad en frecuentes ocasiones. Tomando en cuenta al grado de dependencia, 3 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

Continuando con la pregunta 29, del mismo modo, en referencia a la presencia de ansiedad en contacto con otras personas, el 60,7% (17 personas) presentan en ocasiones un poco de ansiedad, manifestando además que prefieren cohibirse ante alguna reunión familiar o externa, dado a su estado de salud y normalmente son las personas que utilizan silla de ruedas. A cerca del grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 5 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

**Gráfico 20**

*Promoción del funcionamiento y desarrollo humano en grupos sociales*



La pregunta 30, en lo tocante a la habilidad para manejar los recursos económicos, el 39,3% (11 personas) manejan perfectamente sus recursos, en cambio el 39,3% (11 personas) necesitan supervisión porque tienen puntuales dificultades, pero están conscientes, porque algunas de las personas entrevistadas saben que reciben bono solidario, pero que normalmente el familiar se encarga de distribuir en los gastos personales del paciente. En relación al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 2 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 31, es respecto a la satisfacción del desarrollo en el rol propio, el 46,4% (13 personas) manifestaron sentirse frecuentemente satisfecho con su vida, y el 32,1% (9 personas) en muy pocas ocasiones sienten satisfacción. Haciendo referencia al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 5 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

De igual manera en la pregunta 32, referente a los roles cotidianos, el 67,9% (19 personas) tienen solo algunas dificultades para ejecutar los roles o situaciones nuevas que se presentan en su día a día. En cuanto al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 7 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

Esto también repercute en la pregunta 33, que trata sobre las decisiones en la vida cotidiana, presentando que el 60,7% (17 personas) presentan muy poca dificultad en la toma de decisiones y manifiestan dejar al mando a sus familiares porque prefieren estar tranquilos y exentos de problemas. En relación al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 34 toma en cuenta a la capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas, el 64,3% (18 personas) manifiestan que medianamente afrontan sin alguna dificultad, dado que resaltaron sentirse incómodos, pero toleran y son capaces de adaptarse a cualquier situación. De acuerdo al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 6 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

La pregunta 35, respecta a la motivación del aprendizaje y adaptación para conductas saludables, en el que 75% (21 personas) manifiestan estar motivadas de manera parcial y les interesan tener buenas costumbres saludables, pero mencionan que no lo consiguen porque económicamente no pueden. En consideración al grado de dependencia, 0 de 3 personas con dependencia total y 9 de 9 personas independientes muestran medianamente déficit en esta pregunta.

En síntesis, las preguntas en que las personas resultan con mayor déficit son, la pregunta 6 que se refiere a los conocimientos y habilidades de la preparación de la comida del requisito 1 mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos con el 60,7% de las personas. La pregunta 10 referente a la capacidad de realizar tareas domésticas del requisito 3 mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con 60,7% de las personas. Y la pregunta 27 que plantea la utilización de métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual del requisito 5 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano con el 78,6% de las personas. Además, se constata con el índice de masa corporal que, el 35,7% tienen bajo peso y el 35,7% tienen sobrepeso.

El objetivo específico 3 se refiere a: clasificar según el grado de dependencia funcional a las personas con discapacidad física que presentan déficit de autocuidado. Se lleva a cabo, mediante la cantidad de preguntas respondidas negativamente por parte de las personas de estudio.

**Tabla 6**  
*Déficit de autocuidado en relación al grado de dependencia funcional.*

<b>Dependencia funcional en personas con discapacidad física</b>			<b>Déficit de autocuidado</b>	
<b>Grado</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dependencia Total</b>	3	10,7	3	100
<b>Dependencia Severa</b>	7	25,0	5	71
<b>Dependencia Moderada</b>	5	17,9	0	0
<b>Dependencia Escasa</b>	4	14,3	1	25
<b>Independencia</b>	9	32,1	0	0
<b>Total</b>	28	100,0	9	

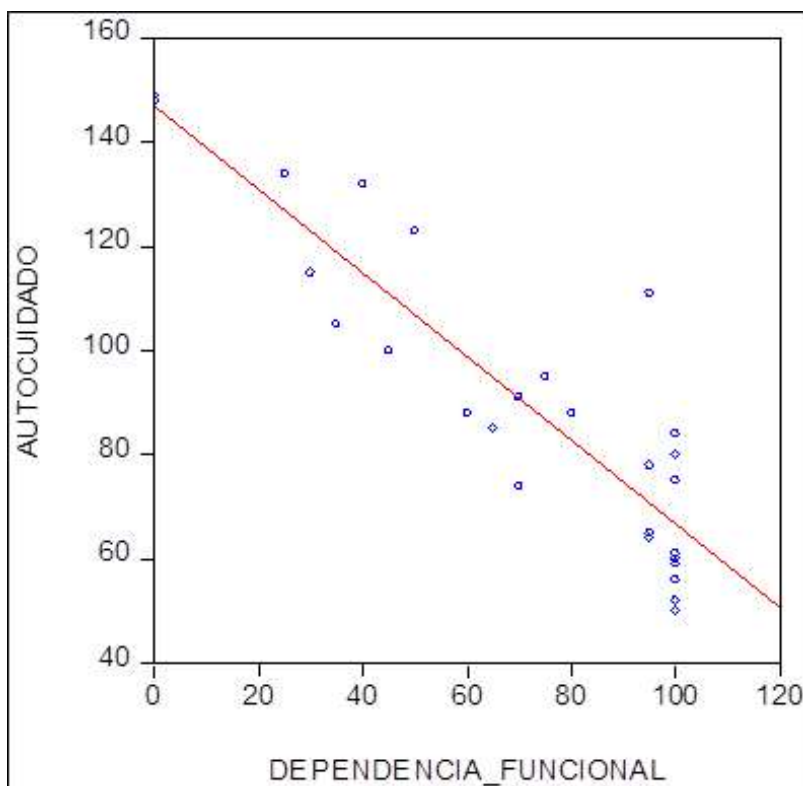
**Nota:** Los datos en porcentaje del déficit de autocuidado se establece de acuerdo a cada grado de dependencia.



El 10,7% presentan dependencia total, de esta cantidad de personas todas presentan déficit de autocuidado en todos los requisitos. El 25% tienen dependencia severa, del cual el 71% de este grupo de personas presentan déficit de autocuidado en todos los requisitos. El 17,9% presentan dependencia moderada, esta cantidad de personas ninguna presenta déficit de autocuidado en los requisitos, sin embargo, tienen un autocuidado moderado. El 14,3% tienen dependencia escasa, de las cuales el 25% presentan déficit de autocuidado en todos los requisitos. El 32,1% presentan independencia, sintetizando que, ninguna de las personas tiene déficit de autocuidado, sin embargo, tienen un autocuidado moderado.

### Gráfico 21

*Correlación entre el grado de dependencia funcional y el autocuidado*



*Nota:* Los baremos establecidos para los requisitos de autocuidado son: de 35-69 puntos representa el cumplimiento de los requisitos de autocuidado; de 70 a 105 representan un autocuidado moderado; y de 106 a 175 muestran un déficit de autocuidado. Y para el grado de dependencia funcional: de 0-21 puntos muestran dependencia total; de 21-60 puntos representa dependencia severa; de 61-90 puntos se observa dependencia moderada; de 91-99 puntos muestran dependencia escasa y 100 puntos indican independencia.

En el gráfico 21 se muestra el tipo de correlación entre las variables, la cual es negativa o indirecta, es decir, mientras una variable aumenta la otra disminuye. Los datos se

encuentran ligeramente alejados de la línea de tendencia, esto supone un nivel de correlación alto. Para ello, se utilizó como prueba rigurosa, el coeficiente de correlación el cual permite determinar la fuerza asociación y la dirección entre las variables. El valor obtenido del coeficiente es de -0,904, lo cual corrobora la dirección del gráfico e indica un grado de correlación fuerte, es decir, a mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en personas con discapacidad física, sin embargo, personas con dependencia moderada, escasa e independencia presentan déficit para mantener un hogar saludable.

## ***7.2. Comprobación de hipótesis***

Al inicio de este trabajo de investigación se planteó como hipótesis que a mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en las personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón. En definitiva, los resultados obtenidos de las personas con discapacidad física, mediante la aplicación del índice de Barthel y los requisitos de autocuidado, demuestran la relación planteada en la hipótesis, dado que, a medida que aumenta la dependencia funcional de los pacientes en sus distintos grados (dependencia escasa e independencia como nivel bajo, la dependencia modera como nivel intermedio, y la dependencia total y severa como el nivel mayor), el déficit de autocuidado es más elevado, por tanto, se comprueba la hipótesis.

### **7.3. Conclusiones**

En síntesis, se valora las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel, del cual, resultan con mayor grado de dependencia las categorías de: bañarse/ ducharse y subir y bajar escaleras. Además, se identifica que de las 28 personas con discapacidad física el 32,1% son independientes, el 25% presentan dependencia severa, el 17,9% tienen dependencia moderada, el 14,3% presentan dependencia escasa, y el 10,7% presencian dependencia total. Como dato adicional, el 71,4% de la población tienen una desviación en el índice de masa corporal distribuidos entre el 35,7% con bajo peso y el 35,7% con sobrepeso.

En definitiva, los resultados de la escala de requisitos de autocuidado (ERA) permiten corroborar el déficit de autocuidado de los pacientes con discapacidad física, con respecto a los datos de las preguntas respondidas negativamente, se demuestra que existe déficit, específicamente en los conocimientos y habilidades de la preparación de la comida con el 60,7%, en la capacidad de realizar tareas domésticas con el 60,7% y la utilización de métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual con el 78,6% de las personas.

Finalmente, en la clasificación del grado de dependencia funcional con el autocuidado de las personas con discapacidad física; hay un total de 9 personas que presentan déficit de autocuidado distribuidos entre personas con dependencia total presentan que un porcentaje mayor de déficit de autocuidado, mientras que, las personas con independencia no presentan déficit de autocuidado, sin embargo, presentan déficit para mantener un hogar saludable. Por tanto, se concluye que, a mayor grado de dependencia funcional mayor es el déficit de autocuidado en las personas con discapacidad física del Centro de Salud San José de Ancón.

#### **7.4. Recomendaciones**

Conviene analizar otros factores que desencadenan déficit de autocuidado como los escasos recursos económicos, ya que, la mayoría suponía que era una encuesta para brindar o eliminar los beneficios del carnet de discapacidad.

Se sugiere, captar más personas que tienen discapacidad física en las tres comunidades, mediante la realización de fichas familiares o barridos comunitarios, y con ello implementar el instrumento índice de Barthel, como herramienta de valoración para la dependencia funcional a fin de llevar un registro propio de la institución para posteriormente brindar una atención de calidad y calidez.

Por último, se recomienda al personal de salud del centro de salud San José de Ancón planificar actividades de visitas domiciliarias con el fin de dar seguimientos a las personas con dependencia funcional que presentan otras afecciones para brindar servicios de enfermería, medicina, odontología y obstetricia si se requiere, hasta lograr estabilizar el nivel de salud de cada persona con discapacidad física en las tres comunidades.



36(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300005)

Duran, T., Domínguez, C., Hernández, P., Félix, A., Cruz, J., y Alonso, M. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Universitaria*, 28(3), 40-46. 10.15174/au.2018.1614

Escajadillo, K., León, M., Rojas, J., y Sarmiento, M. (25 de septiembre de 2019). Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física. *Hereditaria de Rehabilitación*, 2 (2), 40-52. <https://doi.org/10.20453/rhr.v2i2.3712>

Fernández, M., y Santo, M. (2016). *Fundamentos Históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería*. (3ª ed.). Difusión avances de enfermería. <https://biblioteca.enfermeria21.com/producto/fundamentos-historicos-teoricos-y-metodologicos-de-la-enfermeria/>

Fundación Caser. (2020). *Grados de dependencia*. <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/preguntas-frecuentes/grados-de-dependencia>

Garatachea, N. (2006). *Actividad física y envejecimiento*. (1ª ed.). Wanceulen Editorial. <https://elibro.net/es/ereader/upse/33579>

González, D., Ducca, L., y García, C. (26 de mayo de 2020). La incidencia del apoyo social comunitario en la calidad de vida de personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 51 (3), 83-103. <https://doi.org/10.14201/scero202051383103>

Hall, J. (2016). *Guyton y Hall. Tratado de Fisiología médica*. (13ª ed.). Elsevier

Heather, T. y Kamitsuru, S. (2019). *NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. (11ª ed.). Elsevier.

Hunot, C. & Arellano, L. (2014). *Autocuidado de la salud*. ITESO – Instituto tecnológico y de estudios superiores de Occidente. <https://elibro.net/es/ereader/upse/41083>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (15 de marzo de 2020). *Población con limitación o discapacidad por entidad federativa y tipo de actividad que realiza o*



- Naranjo, Y., Concepción, J., y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-025520190006000814](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-025520190006000814)
- Organización Mundial de la Salud (1 de diciembre de 2020). *Discapacidad y salud*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Confederación ASPACE.  
[https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)
- Paredes, J. (2017). *Grado de dependencia del cuidado de enfermería y riesgo anestésico en pacientes de la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Víctor Lazarte Echegaray* [Trabajo de Fin de Posgrado, Universidad Nacional de Trujillo].  
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14533/2E%20488.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, M (2015). *Entrenamiento en actividades de la vida diaria*. (2ª ed.). Interconsulting Bureau S.L. <https://elibro.net/es/ereader/upse/120126>
- Pérez, M. (2018). *Ley de Dependencia*. (2ª ed.). Interconsulting Bureau S.L. (ICB, S.L).  
<https://elibro.net/es/ereader/upse/106150>
- Polit, D. y Beck, C. (2018). *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. (9ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.  
<https://ovid.es/ovidids.com/discover/result?logSearchID=75730488&pubid=1070-ovid-esp%3A9788417033279>
- Prado, L., González, M., Paz, N., y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es)

Ramos, M. (2013). *Índice de Barthel* [Diapositiva de PowerPoint]. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente realiza inducción sobre el índice Barthel a equipos de atención primaria de salud. <https://slideplayer.es/slide/1077520/>

Roldán, J. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia* [Tesis de Doctorado, Universitat de Barcelona]. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM\\_TESIS.pdf](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf)

Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias e Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2019). *Guía para la gestión inclusiva del riesgo con enfoque en personas con discapacidad. Servicio nacional de gestión de riesgos y emergencias.* Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. [https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/05/Gestion\\_2019\\_final\\_imprimir-1.pdf](https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/05/Gestion_2019_final_imprimir-1.pdf)

Swartz, M. (2015). *Tratado de semiología. Anamnesis y exploración física.* (7ª ed.). Elsevier.

Toapanta, K. (2020). *Capacidad funcional y calidad de vida, en adultos mayores del Centro de Salud La Magdalena, mediante instrumentos de valoración, período noviembre 2018 – junio 2019* [Trabajo de Fin de Posgrado, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20870>

## 9. Anexos.

### Anexo 1. Índice de Barthel

<b>ÍNDICE DE BARTHEL (IB)</b> <b>(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)<sup>1</sup> FICHA N° 3a</b>			
<b>Nombre del Usuario</b>		<b>Zona:</b>	<b>Distrito:</b>
<b>Modalidad de Atención:</b>			
<b>Nombre de la Unidad de Atención:</b>			
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:
<p>A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor.</p> <p>La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>		<p>Fecha aplicación primer semestre</p> <p>dd / mm / aa</p>	<p>Fecha aplicación segundo semestre</p> <p>dd / mm / aa</p>
<b>1. COMER</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.		
10	Independiente: (puede comer solo)		
<b>2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b>			
0	Incapaz, no se mantiene sentado.		
5	Necesita ayuda importante ( una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado		
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)		
15	Independiente		
<b>3. ASEO PERSONAL</b>			
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal		
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.		

<sup>1</sup> Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.

<b>4. USO DEL RETRETE ( ESCUSADO, INODORO )</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
<b>6. DESPLAZARSE</b>			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		
10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
<b>9. CONTROL DE HECES</b>			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
	<b>PUNTUACION TOTAL :</b>		

**Puntuación máxima total:** 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas **Puntos de corte:**

0 - 20	<b>Dependencia Total</b>
21 – 60	<b>Dependencia Severa</b>
61 - 90	<b>Dependencia Moderada</b>
91 - 99	<b>Dependencia Escasa</b>
100	<b>Independencia</b>
90	<b>Independencia *Uso de silla de ruedas</b>

**FIRMA DEL EVALUADOR:**

Anexo 2. Escala de autocuidado. ERA.

**ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO. ERA**

**Datos del paciente**

Nombre del paciente:

Sexo

Edad fecha

<b>FACTOR 1 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I,II,III: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos</b>	
<b>1 - La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria</b>	
<input type="radio"/>	Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
<input type="radio"/>	Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
<input type="radio"/>	Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso).
<input type="radio"/>	Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama...).
<input checked="" type="radio"/>	Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
<b>2 - En caso de personas fumadoras, ¿Con que frecuencia consume tabaco?</b>	
<input type="radio"/>	No consume.
<input type="radio"/>	Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...).
<input type="radio"/>	Consume menos de 5 cigarrillos al día.
<input type="radio"/>	Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.
<input type="radio"/>	Consume más de 20 cigarrillos al día.
<b>3 - ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos? Se considera un aporte adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida).</b>	
<input type="radio"/>	Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
<input type="radio"/>	Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
<input type="radio"/>	Entre 0,5 - 1 litros o menos de 2,5 - 3 litros.
<input type="radio"/>	Casi diariamente bebe más de tres litros.
<input type="radio"/>	Bebe diariamente más de tres litros.
<b>4 - ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada? (Conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas).</b>	
<input type="radio"/>	Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
<input type="radio"/>	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas (clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
<input type="radio"/>	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
<input type="radio"/>	Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
<input type="radio"/>	Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
<b>5 - ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se valorará si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta.</b>	
<input checked="" type="radio"/>	Siempre es muy adecuada.
<input type="radio"/>	Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: "solo un día a la semana realiza una ingesta inadecuada".
<input type="radio"/>	La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: "entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas.

<input type="radio"/>	La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: "4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas.
<input type="radio"/>	La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada: "cada día realiza ingestas inadecuadas".
<b>6 - ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?</b>	
<input type="radio"/>	Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa.
<input type="radio"/>	Sólo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado, aunque normalmente se prepara desayuno, comida y cena.
<input type="radio"/>	Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo ensaladas o comidas precocinadas.
<input type="radio"/>	Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida, aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa.
<input type="radio"/>	No dispone de conocimientos para preparar comida y no se prepara ninguna.

**FACTOR 2 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO IV:  
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación**

<b>7 - ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?</b>	
<input type="radio"/>	Tiene control total de los esfínteres.
<input type="radio"/>	Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
<input type="radio"/>	Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante.
<input type="radio"/>	Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente).
<input type="radio"/>	Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche día.
<b>8 - ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?</b>	
<input type="radio"/>	Manifiesta que durante los últimos meses evacúa según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial.
<input type="radio"/>	Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de dos ocasiones) de constipación o alguna molestia durante la defecación.
<input type="radio"/>	Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente.
<input type="radio"/>	Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal, como hemorroides, etc.
<input type="radio"/>	Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes, o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides, etc.

**FACTOR 3 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO V:  
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**

<b>9 - La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable (Limpieza del hogar -barrer el suelo, limpiar el polvo, fregar...- comprar, cocinar, cuidado de la ropa -poner lavadoras- planchar)</b>	
<input type="radio"/>	Sabe como realizar todas las tareas domésticas.
<input type="radio"/>	Sabe realizarlas casi todas,
<input type="radio"/>	Sabe realizar alguna de ellas.
<input type="radio"/>	No sabe realizar casi ninguna.
<input type="radio"/>	No sabe como realizar ninguna.
<b>10 - La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable</b>	
<input type="radio"/>	Diariamente.
<input type="radio"/>	Casi diariamente.
<input type="radio"/>	Ocasionalmente.

<input type="radio"/>	Casi nunca.
<input type="radio"/>	No las realiza.
<b>11 - Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.</b>	
<input type="radio"/>	Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad que se le tenga que recordar).
<input type="radio"/>	Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
<input type="radio"/>	A menudo se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
<input type="radio"/>	Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y solo realiza algunas.
<input type="radio"/>	No las realiza incluso recordándoselas.
<b>12 - ¿Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar ? (Trabajo, prelaboral, Centro de día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas,...)</b>	
<input type="radio"/>	Siempre las cumple.
<input type="radio"/>	Casi siempre.
<input type="radio"/>	Ocasionalmente.
<input type="radio"/>	Casi nunca.
<input type="radio"/>	No las cumple.
<b>13 - ¿Grado de motivación de las actividades fuera del hogar? (Trabajo, prelaboral, Centro de día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas,...)</b>	
<input type="radio"/>	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.
<input type="radio"/>	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar)
<input type="radio"/>	Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
<input type="radio"/>	No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
<input type="radio"/>	No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.
<b>14 - Hábito de sueño - reposo. ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador ?</b>	
<input type="radio"/>	No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 a 9 horas diarias con sueño reparador (Sensación subjetiva de haber descansado bien).
<input type="radio"/>	Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 a 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
<input type="radio"/>	En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.
<input checked="" type="radio"/>	Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien y lo compensa durante el día.
<input type="radio"/>	Siempre tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano. Duerme un exceso de horas (14 o más horas).

**FACTOR 4 - REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI:**

***Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social***

<b>15 - Grado de interacción social: valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,.. (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas,...)</b>	
<input type="radio"/>	Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
<input type="radio"/>	Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
<input type="radio"/>	Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia o personas con las que convive).

<input type="radio"/>	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
<input type="radio"/>	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
<b>16 - Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción) la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.</b>	
<input type="radio"/>	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
<input type="radio"/>	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos de sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
<input type="radio"/>	La persona, en algunas ocasiones, se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
<input type="radio"/>	La persona siempre se siente incomprendida, infravalorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
<input type="radio"/>	No sabe evaluar las relaciones sociales.
<b>17 - ¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?</b>	
<input type="radio"/>	Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones (contactos periódicos con varias personas. Por ejemplo: llamadas telefónicas, encuentros).
<input type="radio"/>	Mantiene sin cierta dificultad las relaciones (contactos periódicos con varias personas. Por ejemplo: llamadas telefónicas, encuentros).
<input type="radio"/>	Mantiene con muchas dificultades (contactos esporádicos con una sola persona).
<input type="radio"/>	Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones).
<input type="radio"/>	Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas).

<b>FACTOR 5 - REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</b>	
<b>18 - La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes...)</b>	
<input type="radio"/>	Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma.
<input type="radio"/>	Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma.
<input type="radio"/>	Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
<input type="radio"/>	Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.
<input type="radio"/>	Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener hábito de higiene adecuado.
<b>19 - ¿Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar?</b>	
<input type="radio"/>	Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
<input type="radio"/>	Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar.
<input type="radio"/>	Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
<input type="radio"/>	Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
<input type="radio"/>	Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
<b>20 - Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente</b>	
<input type="radio"/>	Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.
<input type="radio"/>	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
<input type="radio"/>	Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
<input type="radio"/>	Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación correctamente y es incapaz de solicitar ayuda.
<input type="radio"/>	No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.
<b>21 - Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico</b>	



<input type="radio"/>	Siempre lo cumple de forma autónoma; dosis, horario de las tomas.
<input type="radio"/>	Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión.
<input type="radio"/>	Acepta pasivamente la pauta prescrita.
<input type="radio"/>	Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.
<input type="radio"/>	Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.
<b>22 - Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento</b>	
<input type="radio"/>	Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.
<input type="radio"/>	Casi siempre acude pero en ocasiones necesita supervisión.
<input type="radio"/>	Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
<input type="radio"/>	Casi nunca acude a las visitas de seguimiento, estrecha supervisión.
<input type="radio"/>	Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.
<b>23 - ¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consume de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).</b>	
<input type="radio"/>	No consume ninguna sustancia.
<input type="radio"/>	No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente.
<input type="radio"/>	Consume puntualmente.
<input type="radio"/>	Consume casi diariamente.
<input type="radio"/>	Consume diariamente.
<b>24 - ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas? (se excluye consume de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).</b>	
<input type="radio"/>	La persona reconoce todos los riesgos.
<input type="radio"/>	La persona reconoce casi todos los riesgos.
<input type="radio"/>	La persona no reconoce casi ninguno.
<input type="radio"/>	La persona no reconoce ninguno.
<input type="radio"/>	Considera positivo el consumo de tóxicos.
<b>25 - ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, té, red-bull...)?</b>	
<input type="radio"/>	La persona no consume bebidas excitantes.
<input type="radio"/>	Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes).
<input type="radio"/>	Consumo moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes).
<input type="radio"/>	Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).
<input type="radio"/>	Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).
<b>26 - El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.</b>	
<input type="radio"/>	Tiene los conocimientos.
<input type="radio"/>	Tiene casi todos los conocimientos.
<input type="radio"/>	Tiene algunos conocimientos.
<input type="radio"/>	No tiene casi ninguno.
<input type="radio"/>	No los tiene.
<b>27 - Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.</b>	
<input type="radio"/>	Siempre los utiliza o utilizaría.
<input type="radio"/>	Casi siempre los utiliza.
<input type="radio"/>	En algunas ocasiones no los utiliza.
<input type="radio"/>	Casi nunca los utiliza.

<input type="radio"/>	No los utiliza nunca.
<b>28 - ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)</b>	
<input type="radio"/>	La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria (ansiedad de 0 a 2).
<input type="radio"/>	Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).
<input type="radio"/>	En algunas ocasiones interfiere (ansiedad de 5 a 6).
<input type="radio"/>	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
<input type="radio"/>	Ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).
<b>29 - ¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)</b>	
<input type="radio"/>	Nunca (ansiedad de 0 a 2).
<input type="radio"/>	Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).
<input type="radio"/>	En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).
<input type="radio"/>	Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
<input type="radio"/>	Siempre (ansiedad de 9 a 10).

<b>FACTOR 6 - REQUISITO DE AUTOCUIDADO VIII:</b>	
<b>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales</b>	
<b>30 - ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?</b>	
<input type="radio"/>	Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
<input type="radio"/>	No tiene dificultades, puntualmente necesita ayuda.
<input type="radio"/>	Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
<input type="radio"/>	Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua.
<input type="radio"/>	Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).
<b>31 - En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles? (satisfecho con su vida).</b>	
<input type="radio"/>	Manifiesta sentirse siempre satisfecho.
<input type="radio"/>	Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.
<input type="radio"/>	Manifiesta sentirse a menudo satisfecho.
<input type="radio"/>	Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.
<input type="radio"/>	Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.
<b>32 - ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día).</b>	
<input type="radio"/>	Manifiesta no tener dificultades.
<input type="radio"/>	Manifiesta tener pocas dificultades.
<input type="radio"/>	Manifiesta tener bastantes dificultades.
<input type="radio"/>	Manifiesta tener muchas dificultades.
<input type="radio"/>	Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.
<b>33 - ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos)</b>	
<input type="radio"/>	Nunca tiene dificultades.
<input type="radio"/>	Casi nunca tiene dificultades.
<input type="radio"/>	Algunas veces tiene dificultades.
<input type="radio"/>	Casi siempre tiene dificultades.
<input type="radio"/>	Siempre tiene dificultades.

<b>34 - ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad...)</b> <b>Def. de afrontamiento: proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos.</b>	
<input type="radio"/>	Las afronta sin ninguna dificultad.
<input type="radio"/>	Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.
<input type="radio"/>	Las afronta con bastantes dificultades.
<input type="radio"/>	Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
<input type="radio"/>	Evita siempre las situaciones.
<b>35 - ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (si los tuviera, recoger ejemplos...)</b>	
<input type="radio"/>	Está muy interesada o motivada.
<input type="radio"/>	Está interesada o motivada.
<input type="radio"/>	Está poco interesada o motivada.
<input type="radio"/>	No verbaliza ningún interés o motivación.
<input type="radio"/>	Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Requisitos de autocuidado universal	Características de los requisitos
Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos	1. Características y factores de la respiración ante la actividad física 2. Consumo de tabaco 3. Aporte adecuado de líquidos 4. Cataloga los grupos de alimentos y las cantidades recomendadas. 5. El peso corresponde a la altura, edad, sexo y actividad física. 6. Conocimientos y habilidades para prepararse la comida
Cuidados vinculados con el proceso de eliminación	7. Control de esfínter urinario 8. Eliminación fecal
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	9. Mantenimiento de hogar saludable 10. Capacidad de realizar tareas domésticas 11. Grado de motivación de realizar tareas domésticas 12. Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar 13. Grado de motivación de las actividades fuera del hogar 14. Dificultad para conciliar, mantener el sueño
Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	15. Grado de interacción social 16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales 17. Dificultad para mantener relaciones de amistad o de pareja.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	18. Higiene adecuada 19. Vestimenta limpia 20. Reconoce síntomas de descompensación y puede solicitar ayuda. 21. Cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico. 22. Cumplimiento de las visitas de seguimiento. 23. Consumo de sustancias tóxicas 24. Reconoce los riesgos de consumo de sustancias tóxicas 25. Consumo bebidas excitantes 26. Conoce riesgos y métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual 27. Utiliza métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual 28. Ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana 29. Ansiedad en contacto con otras personas
Funcionamiento del desarrollo humano en grupos sociales.	30. Habilidad para manejar los recursos económicos 31. Satisfacción del desarrollo en el rol familiar 32. Dificultad para asumir roles 33. Dificultad para tomar propias decisiones en la vida cotidiana 34. Capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas 35. Motivación para aprender y adaptar conductas saludables.



#### **Anexo 4. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Estimado paciente:

Me gustaría pedir su consentimiento para participar en el proyecto de investigación. “Grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física del Centro De Salud San José De Ancón, Santa Elena. 2021”. Dado que tiene como objetivo determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad física El presente estudio se realiza como parte del proceso de titulación en la Carrera de Enfermería para obtener la licenciatura en enfermería.

### **CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado (a) del objetivo del estudio. He leído con atención y he comprendido el consentimiento informado. Asimismo, el Centro de Salud que me atiende ha respondido a las interrogantes que le he planteado sobre el registro. Se me ha informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial. He recibido una copia de esta ficha de consentimiento informado del paciente y estoy de acuerdo con lo anteriormente manifestado.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante CI:



\_\_\_\_\_  
Lisette González Ramírez  
Celular: 0997167336  
Correo: gonzalezramirezlisette@gamil.com

**Anexo 5.** Cálculos estadísticos

**Clasificación de los pacientes por el tipo de discapacidad física**

Paciente	Edad	Hombre	Mujer	%
<b>Discapacidad moderada (30-49%)</b>				
Paciente 1	38	x		30%
Paciente 2	56	x		30%
Paciente 3	42		x	33%
Paciente 4	40		x	33%
Paciente 5	40		x	36%
Paciente 6	22		x	40%
Paciente 7	37		x	40,00 %
Paciente 8	68		x	40,00 %
Paciente 9	31		x	41,00 %
Paciente 10	57	x		45%
Paciente 11	46	x		45%
Paciente 12	26	x		48%
Paciente 13	24	x		48%
Paciente 14	58	x		48,00 %
Total	14	7	7	
<b>Discapacidad grave (50-74%)</b>				
Paciente 15	79		x	50%
Paciente 16	65	x		55%
Paciente 17	66	x		69%
Paciente 18	78	x		69%
Paciente 19	64	x		69%
Total	5	4	1	
<b>Discapacidad muy grave (75-84%)</b>				
Paciente 20	82		x	75,00 %
Paciente 21	13	x		75,00 %
Paciente 22	83	x		75%
Paciente 23	12		x	83,00 %
Paciente 24	72	x		78%
Paciente 25	14		x	79,00 %
Paciente 26	73	x		83,00 %
Paciente 27	78	x		83,00 %
Total	8	5	3	
<b>Discapacidad completa (85-100%)</b>				
Paciente 28	87	x		95,00 %
Total	1	1		
Total de hombres y mujeres		17	11	

### Clasificación por grado de dependencia

N°	Nombre	Dependencia Total				
		Hombre	Mujer	Edad	% de Discapacidad	
'001	Paciente 23		X	12	83%	Muy grave
'002	Paciente 21	X		13	75%	Muy grave
'003	Paciente 25		X	14	79 %	Muy grave
<b>Total</b>	'003	1	2			

N°	Nombre	Dependencia Severa				
		Hombre	Mujeres	Edad	% de Discapacidad	
'001	Paciente 18	x		78	69%	Grave
'002	Paciente 20		x	82	75%	Muy grave
'003	Paciente 19	x		64	69%	Grave
'004	Paciente 26	x		73	83%	Muy grave
'005	Paciente 28	x		87	95%	Completa
'006	Paciente 22	x		83	75%	Muy grave
'007	Paciente 5		x	40	36%	Moderada
<b>Total</b>	'007	5	2			

N°	Nombre	Dependencia Moderada				
		Hombre	Mujeres	Edad	% de Discapacidad	
'001	Paciente 27	x		78	83%	Muy grave
'002	Paciente 16	x		65	55%	Grave
'003	Paciente 24	x		72	78%	Muy grave
'004	Paciente 15		x	79	50%	Grave
'005	Paciente 17	x		66	69%	Grave
<b>Total</b>	'005	4	1			

N°	Nombre	Dependencia Escasa				
		Hombre	Mujeres	Edad	% de Discapacidad	
'001	Paciente 11	x		46	45%	Moderada
'002	Paciente 13	x		24	48%	Moderada
'003	Paciente 14	x		58	48%	Moderada
'004	Paciente 8		x	68	40%	Moderada
<b>Total</b>	'004	3	1			

N°	Nombre	Independencia				
		Hombre	Mujeres	Edad	% de Discapacidad	
'001	Paciente 1	x		38	30%	Moderada
'002	Paciente 7		x	37	40%	Moderada
'003	Paciente 6		x	22	40%	Moderada
'004	Paciente 12	x		26	48%	Moderada
'005	Paciente 3		x	42	33%	Moderada
'006	Paciente 10	x		57	45%	Moderada
'007	Paciente 2	x		56	30%	Moderada
'008	Paciente 9		x	31	41%	Moderada
'009	Paciente 4		x	40	33%	Moderada
<b>Total</b>	'009	4	5			



Anexo 6. Evidencia fotográfica.



Valoración del autocuidado en personas con discapacidad física mediante la encuesta de los requisitos de autocuidado.



Aplicación del instrumento del Índice de Barthel a personas con discapacidad física



Toma de signos vitales a personas con discapacidad física



Toma de medidas antropométricas a personas con discapacidad física