



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

TÍTULO DEL TEMA

**HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD
FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
ENRIQUEZ GALLO, LALIBERTAD, 2021**

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

AUTOR

CARLA ELIZABETH QUINDE QUIROZ

TUTORA

LIC. ZULLY SHIRLEY DÍAZ ALAY, MSC

PERÍODO ACADÉMICO

2022-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS

Lic. Nancy Domínguez R. Master

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

Lic. Nancy Domínguez Rodríguez, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**

Lic. Yanelis Suárez Angeli, MSc.
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Zully Shirley Alay, MSc.
TUTORA

Abg. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación: **HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUEZ GALLO, LA LIBERTAD, 2021**. Elaborado por la Sra. Quinde Quiroz Carla Elizabeth, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES 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, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Lic. Zully Shirley Díaz Alay, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

A dios porque sin él no hubiese logrado el anhelo de mi corazón que con tanto esfuerzo he logrado, por cada bendición y ángel que ha puesto en el camino para el culmino de mi carrera universitaria.

A Universidad Estatal Península de Santa Elena, por acogerme como una estudiante más y permitirme estudiar es su noble institución la misma que me forjo durante esos años de estudio, a lo largo de cada semestre, con la ayuda de los docentes los mismo que brindaron sus conocimientos durante el proceso aprendizaje enseñanza.

A mis hijos Alisson y Matías ustedes son mi pilar fundamental, el firme esfuerzo de que nunca es tarde para lograr los sueños y ser el ejemplo en vida que todo en cuando uno se lo propone se puede lograr, solo se necesita de esfuerzo e iniciativa, gracias porque durante mucho tiempo estuve ausente para ustedes, y supieron ser pacientes, este logro no solo es mío si no de ustedes mis amores los amo con mi vida.

A ti madre de mi vida Graciela que, a pesar de no estar presente en suelo terrenal, sé que donde este puedes estar segura que he cumplido, y tus sueños son los míos, aunque no al tiempo que era, más sin embargo quiero que sepas que cada logro y esfuerzo siempre fue pensando en ti. Ustedes son el mejor regalo.

Quinde Quiroz Carla Elizabeth

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, en especial a la Carrerade enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, por haberme brindado arduos años de aprendizaje, y a cada uno de los docentes que, con sus conocimientos y su apoyo logro culminar una de las grandes etapas de mi vida profesional.

A Dios, por darme la sabiduría y fortaleza durante mi carrera universitaria que con sacrificio y esfuerzo he logrado culminar, sobre todo a mis hijos que son la razón de mi vida.

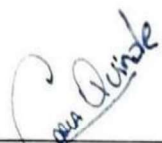
Agradezco a mi tutor por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su conocimiento científico, para culminar mi proyecto de investigación sobre todo por su paciencia durante el proceso de la tesis.

Para finalizar, agradezco a mis compañeros de grupo Diana, Carlos, Anthony, que, durante todo el proceso de estudio, han sido un gran aporte en el culmino de mi carrera profesional, gracias chicos por cada palabra de aliento, en el momento indicado, que hoy me permiten ver mi sueño realizado.

Quinde Quiroz Carla Elizabeth

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Península de Santa Elena (UPSE):



Carla Elizabeth Quinde Quiroz

C.I.: 0925455768

ÍNDICE GENERAL

PÁGINA DE PORTADA	
PÁGINA DE 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.....	3
El Problema.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	6
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivo General.....	6
2.2. Objetivo Específico.....	6
Justificación.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. Marco Teórico.....	8
2.1. Fundamentación referencial.....	8
2.2. Fundamentación teórica.....	10
2.2.1. Habilidad y cuidado.....	10
2.2.2. Cuidador.....	10
2.2.3. Tipos de cuidador.....	10
2.2.4. Estructura de soporte de cuidados.....	11
2.2.5. Actitud del cuidador.....	12
2.2.6. Funciones del cuidador.....	12
2.2.7. Factores que dificultan las tareas de cuidado.....	13
2.2.8. Cambios durante el cuidado.....	13
2.2.9. Discapacidad.....	14
2.2.10. Tipos de discapacidad.....	14
2.2.11. Discapacidad física.....	15

2.2.12.	Causas de la discapacidad física.....	15
2.2.13.	Complicaciones de la discapacidad física	15
2.2.14.	Dependencia	17
2.2.15.	Grado de dependencia	17
2.2.16.	Cuidado de la persona con discapacidad.....	18
2.2.17.	Inventario de la habilidad de cuidado	19
2.2.18.	Dimensiones del Inventario de la Habilidad del Cuidado.....	19
2.2.19.	Índice de Barthel	20
2.2.20.	Actividades básicas de la vida diaria.....	20
2.2.21.	Teórica de enfermería.....	22
2.3.	Fundamentación legal	23
2.4.	Formulación de la Hipótesis	24
2.5.	Identificación y clasificación de las variables	24
CAPÍTULO III		27
3.	Diseño metodológico.....	27
3.1.	Tipo de Investigación.....	27
3.2.	Método de investigación	27
3.3.	Población y muestra.....	28
3.4.	Criterio de inclusión.....	28
3.5.	Tipo de muestreo	28
3.6.	Técnicas y recolección de datos.....	28
3.7.	Instrumentos de recolección de datos	29
3.8.	Aspectos éticos	30
CAPITULO IV		31
4.	Presentación de resultados	31
4.1.	Análisis e interpretación de datos	31
4.2.	Comprobación de la hipótesis.....	36
5.	Conclusiones	37
6.	Recomendaciones.....	38
7.	Referencias bibliográficas.....	39
8.	Anexos.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 SOPORTE DE CUIDADOS	11
Tabla 2 TIPOS DE DISCAPACIDAD	14
Tabla 3 AFECCIONES SECUNDARIAS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA	16
Tabla 4 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	16
Tabla 5 CUIDADO EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	18
Tabla 6 CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO DE BARTHEL - ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.....	21
Tabla 7 MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTE	25
Tabla 8 MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTE	26
Tabla 9 CLASIFICACIÓN DE LA PUNTUACIÓN DE LA HABILIDAD DEL CUIDADO.....	29
Tabla 10 CLASIFICACIÓN DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIONES	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES POR SEXO.....	31
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES POR EDAD	31
GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN	32
GRÁFICO 4 HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR	32
GRÁFICO 5 NIVEL HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE CONOCIMIENTO	33
GRÁFICO 6 NIVEL DE HABILIDAD DE CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE VALOR	34
GRÁFICO 7 NIVEL DE HABILIDAD DE CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE PACIENCIA	34
GRÁFICO 8 GRADO DE DEPENDENCIA MEDIANTE EL ÍNDICE DE BARTHEL	35

RESUMEN

La presente investigación acerca de la habilidad del cuidado familiar en adultos con discapacidad física, es una problemática en salud que se planteó como objetivo evaluar la habilidad del cuidado familiar en la discapacidad física de adultos atendidos el Centro de Salud Enríquez Gallo La Libertad 2021, se realizó un estudio de tipo no experimental, cuantitativo, transversal y deductivo con una muestra total de 48 pacientes de los cuales se aplicaran los criterios de inclusión y exclusión, y la muestra quedo constituida por 19 pacientes. La investigación utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, en la cual se seleccionó la muestra compuesta por adultos del Centro de Salud Enríquez Gallo, que presenta discapacidad física. Las técnicas de recolección de datos usadas en esta investigación, fueron la encuesta y la observación. Como instrumentos se empleó el Inventario de habilidad del cuidado y el Índice de Barthel. Los resultados obtenidos fueron, que dentro de las características sociodemográficas de los cuidadores son mayormente mujeres con un total de 95% entre edades de 40 a 64 años edad, también se evidencian que a nivel educativo solo un 47% ha cursado la primaria, seguido de la secundaria. Así mismo se evaluó la habilidad del cuidado total familiar, donde un 89%, tienen una habilidad media, equivalente a un porcentaje adecuado y razonable, esto quiere decir que la mayor parte de los cuidadores posee ciertas habilidades para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria. En cuanto al nivel de habilidad del cuidado en términos de conocimiento, valor y paciencia, se observó un buen rendimiento en la habilidad de paciencia, con 63% alto, a diferencia de la dimensión de conocimiento y valor que tuvo un porcentaje medio, indicando que existe ciertas preocupaciones, miedos y dudas en base las actividades de cuidado.

Palabras claves: Adultos; cuidado; cuidados; discapacidad física; habilidad

ABSTRACT

The present research on the ability of family care in adults with physical disability is a health problem whose objective was to evaluate the ability of family care in the physical disability of adults treated at the Enriquez Gallo La Libertad 2021 Health Center. A non-experimental, quantitative, cross-sectional and deductive study was carried out with a total sample of 48 patients to which the inclusion and exclusion criteria were applied, and the sample was made up of 19 patients. The research used the non-probabilistic type of sampling, in which the sample was selected from adults of the Enriquez Gallo Health Center, who have physical disabilities. The data collection techniques used for this research were surveys and observation. The Care Ability Inventory and the Barthel Index were used as instruments. The results obtained were that within the sociodemographic characteristics of the caregivers are mostly women with a total of 95% between 40 and 64 years of age, it is also evident that at the educational level only 47% have completed primary school, followed by secondary school. The total family caregiving skills were also evaluated, where 89% have an average skill, equivalent to an adequate and reasonable percentage, which means that most of the caregivers have certain skills to perform basic activities of daily living. Regarding the level of caregiving skills in terms of knowledge, courage and patience, a good performance was observed in the patience skill, with a high 63%, unlike the knowledge and courage dimension which had a medium percentage, indicating that there are certain concerns, fears and doubts based on caregiving activities.

Key words: Adults; caregiver; caregiving; physical disability; skill.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge del desconocimiento que existe acerca de las habilidades del cuidado familiar que se brinda a los adultos con discapacidad física. La habilidad de cuidado del cuidador familiar hace referencia al potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica.

Según Ngozi (1990), menciona que la habilidad del cuidado es la capacidad de ayudar a otros en relación a sus necesidades. En cuanto al conocimiento, resaltan características como el predominio de sentimientos positivos, así como una actitud propicia por brindar atención y protección al paciente; el valor se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende de su cuidado, al igual que la sensación de arresto para enfrentarse a lo desconocido (Gómez et al., 2015, p. 11).

Según la Organización Mundial de la Salud revela que las limitaciones permanentes para moverse o caminar, usar brazos o manos, hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás, bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, afectan a un 10% de la población mundial (600 millones de personas). Mientras que un 15% de la población presenta limitaciones transitorias de las cuales un 12% son adultos mayores, es decir, casi el 40% de la población mundial posee un impedimento permanente o temporal en sus capacidades (Díaz, Parra, & Carrillo, 2015).

El rol del cuidador es fundamental en el proceso de recuperación del enfermo, pero es un proceso que no es fácil para ambos, ya que deben afrontar una serie de condiciones sociales que, sumadas a su estado emocional y al estado propio de la enfermedad, les resulta complicado brindar los cuidados; es ahí donde la preparación del cuidador juega un papel primordial, al recaer en él la confianza, tranquilidad y seguridad que el enfermo temporalmente ha perdido y seguramente recuperará a medida que el cuidador vaya asumiendo su rol (Cantillo, Ramírez, & Perdomo, 2018).

En virtud de lo expuesto el Centro de Salud Enríquez Gallo brinda atención a varios adultos con discapacidad física que acuden a realizarse sus chequeos mensuales y otros quienes lo hacen desde casa donde al profesional de salud le toca realizarle la

respectiva visita domiciliaria donde se evidencia el deterioro en salud que poseen los adultos con discapacidad física, debido a que los familiares tienen temor a lastimarlos y si los cuidados que les brindan no son los adecuados por desconocimiento y falta de orientación por parte de un profesional de la salud.

Por lo tanto, es imprescindible conocer mediante la presente investigación la habilidad del cuidado familiar, teniendo en consideración que la mayor parte de los cuidadores no poseen experiencia además del desconocimiento en cuanto a la enfermedad o discapacidad física que tiene el adulto, por eso con el fin de resolver esta problemática se plantea el siguiente objetivo de evaluar la habilidad del cuidado familiar en la discapacidad física de adultos atendidos el Centro de Salud Enríquez Gallo La Libertad 2021.

CAPÍTULO I

El Problema

1.1. Planteamiento del problema

Directamente la definición de habilidad de cuidado de Ngozi (1990), citado por Watson, (2019), refiere que para “medir la capacidad de cuidar es cuando uno está involucrado en una relación con otros” (p. 119). Por ende, al brindar estos cuidados se debe tener en consideración las necesidades del paciente, el proceso de salud enfermedad y el tiempo de recuperación, o en otros de los casos la situación de dependencia la misma que exigirá una gran responsabilidad por parte del cuidador.

En relación, a lo antes mencionado se tiene que los cuidados son el complemento de habilidades que pueden poseer las personas durante distintos escenarios desfavorables, los mismos que se ven interrumpidos por la falta del apoyo familiar, si bien la economía, o por la simple o gran irresponsabilidad del cuidador.

Por otro lado, “El aumento descontrolado de enfermedades crónico-degenerativas o discapacitantes se traduce en una mayor demanda de cuidados para las personas que las padecen” (Cantillo et al., 2018, p. 3). Esto quiere especificar que el incremento de la discapacidad representa un severo problema dentro de la asistencia familiar, debido al cambio en la dinámica de sus actividades teniendo que enfrentar a nuevos retos que además de ser inesperados afectan la satisfacción personal.

Por su parte, el Observatorio Discapacidad Física (ODF, 2021), menciona que la discapacidad física motórica se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. En el adulto podemos evidenciar la deteriorada física lo que presenta una limitación para el cumplimiento de actividades básicas que se realizan en la cotidianidad de la vida, esto perjudica al ser humano en cuestión requiriendo de manera inmediata el pilar familiar fundamental estos puntos generan un cambio sentimental lo cual se ve vulnerable para el estado vital del paciente y aquel que este a su cargo.

Además, que las enfermedades incapacitantes hacen referencia a “Un trastorno orgánico que produce una limitación funcional y se manifiesta objetivamente en la vida

diaria. La discapacidad puede ser congénita o adquirida de características permanentes e irreversibles” (Ministerio de Salud Pública, [MSP] 2018, p. 23). Según el grado de discapacidad que posean, los pacientes se enfrentan a nuevos retos, provocando que el proceso de adaptación sea complicado y el tiempo de aceptación más largo.

Si bien se establece que es cierto las personas con estas limitaciones, necesitaran atención personalizada para suplir sus necesidades, por lo tanto, Pérez (2016), refiere que, los cuidados prestados por la familia a una persona con discapacidad física, se denominan cuidados informales. Estas actividades son realizadas por uno o más familiares sin ninguna remuneración y sin requerir algún título profesional.

Podemos indicar que, la responsabilidad del familiar a cargo del cuidado puede generar ciertas complicaciones personales. Así lo manifiesta Salazar et al., (2018), “Cuidar a un familiar puede desencadenar en el cuidador ciertos problemas en su salud, o también, pueden surgir en ellos condiciones como el aislamiento, disminución actividades sociales, aumento de su carga de trabajo, disminución de ingresos económicos, entre otros” (p.2). Es por eso que, realizar los cuidados a la persona con discapacidad física para mejorar la calidad de vida, puede ser agotador.

Para esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) considera que, a nivel mundial entre 110 millones y 190 millones de adultos en todo el mundo, un 2,2% y 3,8%, tiene dificultades notables para el funcionamiento de la vida diaria, incrementando la tasa de discapacidad, otra de las causas es el progresivo envejecimiento poblacional y aumento de enfermedades crónicas. En España del total de la población que vive en hogares familiares, el 9% tiene algún tipo de discapacidad y necesita ayuda para sus actividades, así mismo el 17% carecen de autonomía (Ayesa, 2016).

En Latinoamérica, la habilidad de cuidado que posee el cuidador familiar ha sido estudiada y ha reportado un nivel insuficiente en la habilidad global, mientras que, en términos de conocimiento, valor y paciencia se presenta un nivel medio-bajo, dando como resultado que, el cuidador familiar necesita apoyo para brindar un mejor cuidado (Pinto et al., 2017).

Un estudio realizado, en Bogotá Colombia, “se escogió a 95 cuidadores para la investigación donde se obtuvieron como resultados que el 73,4 % tiene niveles medios a bajos en esta de habilidad de cuidado” debido al déficit de conocimiento por parte de los cuidadores, y se evidencia la carencia de autocuidado a los pacientes (Benítez y Moreno, 2015).

A nivel nacional, un estudio realizado en Ecuador por Espín (2020), afirma que, a 73 cuidadores, se detectó que “el 33% presenta un nivel bajo de habilidad de cuidado y el 60% presento un nivel “medio” (p. 64) En resumen podemos evidenciar que en el país existe poco conocimiento sobre los cuidados asistenciales, lo cual puede conllevar a resultados perjudiciales en la recuperación de los pacientes.

Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidad (CONADIS, 2021), manifiesta que el número de personas con discapacidad física dentro de la Provincia de Santa Elena, del Cantón La Libertad, existen alrededor de 213 personas, de los cuales 87 son mujeres y 126 hombres, por grupo etario de 51 a 64 años, es el mayor rango que predomina con 41,31%, y de menor rango de 36 a 50 años con un 23,47%.

El Centro de Salud Enríquez Gallo, perteneciente a la Zona 5 del Cantón La Libertad, Provincia de Santa Elena, forma parte del Distrito 24D02, del primer nivel de atención, el cual brinda diferentes servicios, con un especial énfasis en el cuidado y seguimiento de los pacientes beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara, los mismos que poseen discapacidad física, y debido a la emergencia por el COVID-19, no se han brindado los servicios que garanticen una atención óptima según sus necesidades.

Es así como, al momento de realizar las visitas domiciliarias se evidencia que los pacientes tienen un deterioro indudable en cuanto a su salud, de la misma manera los familiares de dichos pacientes refieren tener temor a la hora de brindar los diferentes cuidados, que van desde los alimentos adecuados a las actividades de aseo y ejercitación diaria y todo esto porque no tiene conocimiento en cuanto a las diferentes enfermedades incapacitantes.

Por lo tanto, los cuidados son ejecutados por las familias, y al no cumplirse a cabalidad con la educación y el seguimiento por parte de los profesionales de la salud, es imprescindible conocer mediante la presente investigación la habilidad del cuidado familiar, teniendo en consideración que la mayor parte de los cuidadores no poseen experiencia además del desconocimiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles incapacitantes, lo cual les impide

ejecutar un correcto y adecuado cuidado.

La otra gran problemática es que carecen de recursos para poder pagar a alguien que le brinde los cuidados antes mencionados, es así que toman este rol de cuidador, el cual también se les limita al tener sus actividades de labores diarias, no obstante haciendo énfasis en que estos pacientes tienen discapacidad física, lo cual requieren una alta demanda de habilidades propias de una persona capacitada para poder intervenir y brindar cuidados adecuados de tal manera que no se perjudique ni deteriore la salud. Con el fin de evitar complicaciones que se puede prevenir con una buena orientación a los familiares por parte del profesional de enfermería, sobre las causas y complicaciones durante la demanda de cuidados que pueden provocar el aumento de la dependencia de los pacientes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la habilidad del cuidado en la discapacidad física de adultos atendidos en el Centro de Salud Enríquez Gallo La Libertad 2021?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Evaluar la habilidad del cuidado familiar en la discapacidad física de adultos atendidos en el Centro de Salud Enríquez Gallo La Libertad 2021.

2.2. Objetivo Específico

- Caracterización socio demográfica de los cuidadores.
- Identificar el nivel de habilidad del cuidado familiar en términos de valor, conocimientos y paciencia.
- Determinar el grado de la dependencia en la discapacidad física que presenten los pacientes bajo el cuidado familiar.

Justificación

La habilidad de cuidar se origina cuando el individuo que requiere de los cuidados necesita de otra que asume el rol del cuidador/a, sea este familiar o persona alterna con el fin de brindar confort y bienestar, que se encuentra en situación de enfermedad crónica o de dependencia, debido al incremento de la discapacidad que causa la mayor demanda de cuidadores los mismos que no poseen ni la experiencia mucho menos el conocimiento, por lo tanto, es de vital importancia evaluar la habilidad que tiene las familias durante las actividades de cuidado en la discapacidad física de estos adultos.

El presente trabajo de investigación tiene relevancia social, ya que permitir conocer la situación real dentro de los hogares entorno al cuidado, a su vez porque no se ha realizado estudios semejantes a nivel local, sobre todo en el estado actual de estos adultos que poseen discapacidad con un alto grado dependencia, que requieren de un cuidador para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

No obstante, en beneficio al centro de salud se facilitará la información adecuada la cual permitirá ejecutar intervenciones idóneas; para el adecuado cuidado que deben poseer los cuidadores dentro de los hogares por parte del profesional de enfermería, en relación con la institución y a nivel profesional permitirá la ejecución de otras investigaciones sobre todo en la promoción y prevención para mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Fundamentación referencial

Se presentan diversos estudios investigativos por varios autores de los diferentes países, sobre todo en la relación de la habilidad del cuidado de personas dependientes con discapacidad física para el entendimiento de la problemática.

La investigación realizada por Carrillo et al., (2015), en Chile, tuvo como objetivo conocer la habilidad del cuidado y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de personas dependientes las mismas que pertenecen al programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas postradas de toda edad, utilizando un método descriptivo – correccional, siendo la muestra de 151 cuidadores, a las cuales se le aplicó la encuesta sobre habilidad de cuidado y la de sobrecarga, donde los principales resultados indicaron que el 58,3% de los cuidadores tiene un nivel alto de habilidad del cuidado, el 41,7% presenta nivel medio y que no existen cuidadores con nivel bajo. Concluyendo que los cuidadores informales poseen habilidad de cuidado con un nivel alto de conocimiento indicando que no presenta sobrecarga en laborales diarias de cuidado que ejecutan.

Los resultados del estudio realizado en marzo a agosto del 2017, en un hospital Universitario de la región Central de Río Grande do Sul en Brasil. Cuyo objetivo permitió analizar la asociación entre la habilidad del cuidado en los cuidadores familiares de pacientes en tratamientos oncológico y las características demográficas de los cuidadores y del cuidado prestado, escogiendo una muestra 132 cuidadores familiares, para la recolección de datos, utilizaron el instrumento de Caring Ability Inventory, la cual obtuvo como resultado la dimensión de la habilidad de cuidado total La escolaridad del cuidador se asoció con la habilidad de cuidado total ($p=0,028$) y las dimensiones coraje ($p=0,008$) y paciencia ($p=0,045$). La situación conyugal se asoció con la habilidad de cuidado total ($p=0,020$) y la dimensión paciencia ($p=0,045$) (Coppetti, et al. 2019).

Por otra parte, en Colombia se ejecutó un estudio, realizado para describir las características de los cuidadores de las personas en diálisis. Se desarrolló mediante un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el instrumento que se uso es el inventario de habilidad de cuidado, con una muestra de 68 cuidadores, principalmente mujeres las mismas que al

obtener los resultados dieron que 77,94 % posee un bajo nivel de habilidad de cuidado afectado significativamente la calidad de vida de los pacientes (Cantillo, et al. 2021).

Según Camacho y Riaño (2017), en su trabajo investigativo realizado en la comuna de Bucaramanga, lo hizo con el objetivo de determinar el nivel de habilidad del cuidado a los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, para determinar la dimensión de conocimiento de los cuidadores se utilizó un estudio piloto de tipo descriptivo, con una muestra de 20 cuidadores dando como resultado que los cuidadores presentan un nivel medio con un porcentaje de 45%, la dimensión de valor se encuentra en alto con un 75% y la dimensión de paciencia es baja con un 60% (Camacho & Riaño, 2017).

Un estudio realizado por D' Armas, (2019), en la provincia de Manabí, sobre el grado de habilidad para cuidar a otros que tienen la enfermera del área de hospitalización de hospital del Instituto de Seguridad Social (IESS), se ha aplicado un diseño cuantitativo descriptivo, transversal a través del inventario de cuidado a una muestra de 31 enfermeras, donde concluyo que la mayoría posee un nivel alto de conocimiento y paciencia con un 63,6% y un 39,8% tiene un bajo nivel. Dentro de este marco se debe tener en cuenta que el profesional de enfermería debe poseer conocimiento científico para brindar un cuidado de calidad y calidez, sin embargo, los resultados muestran un alto porcentaje en el nivel bajo, evidenciando algún déficit en su desempeño.

En las diferentes investigaciones citadas se evidencia la deficiencia de la asistencia del cuidador, donde la mayoría de las fuentes consultadas refirieron que los familiares reconocen la importancia de asegurar la vida y el bienestar de su paciente, pero peso a eso la gran demanda de cuidados que este brinda provoca problemas en la salud del cuidador debido al desgaste físico y emocional al cual está sometido.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Habilidad y cuidado

Pérez (2021) manifiesta, que la habilidad “trata de todas aquellas destrezas de cada persona, las cuales se utilizan para ejercer o llevar a cabo actividades. Mientras que Ministerio de Inclusión Económica Social (MIES, 2018), describió que el cuidado es todo aquello que el ser humano brinda a sí mismo o a lo demás y tiene el propósito de cambiar los hábitos o costumbres en los estilos de vida con el fin de ser más responsable en su salud y tomé conciencia sobre las complicaciones que atrae un mal cuidado.

2.2.2. Cuidador

Es aquel individuo que apoya, ayuda y acompaña a una persona con discapacidad o enfermedades que afecten el cumplimiento y desarrollo de sus actividades diarias, por tal motivo, Martín (2016) establece que un cuidador “realiza la supervisión de las conductas del individuo a su cargo, su estado de salud, emocional, necesidades elementales y todo aquello que este pueda necesitar en su adaptación al entorno y a su condición progresiva de incapacidad o deterioro cognitivo”, p.16

Por otro lado, Andreotti et al. (2018), lo define como “responsable de cuidar a una persona enferma o dependiente, lo que facilita el desempeño de sus actividades diarias, como la alimentación, higiene personal, suministro de medicamentos y el acompañamiento a los servicios de salud, o la realización de otras actividades” p. 3790.

Debido a la gran influencia que tienen los cuidadores sobre las personas con discapacidad, es preciso establecer la importancia de la actitud y comportamiento del mismo, puesto que, la forma de actuar de los cuidadores contribuirá en la autoestima, dignidad, confianza, calidad de vida de la persona a cargo, y de esta manera ofrecerá un cuidado personalizado según los requerimientos del paciente donde incluya sus decisiones.

2.2.3. Tipos de cuidador

Según el cuidado y el tipo de cuidador se lo realizará sea por dependencia o para fomentar la autonomía del paciente, es decir, será medido según las necesidades que requiera, ya que, no todas las personas con discapacidad poseen el mismo grado, por tal motivo, existen varios tipos de cuidador entre ellos el formal e informal, donde cada uno cuenta con una subdivisión principal o secundario (Mejías, 2016 p.186).

Un cuidador formal principal, es aquella persona que pertenece a una institución y es contratada para trabajar 8 horas durante el día, mientras que un cuidador formal secundario puede ser un familiar, vecino o amigo, que ejecuta el cuidado durante la noche, o en las horas restantes del día. Por lo tanto, un cuidador informal principal, es aquel que efectúa el acompañamiento las 24 horas del día, y por lo general es un familiar directo del paciente, sin embargo, un cuidador informal secundario es toda institución o club que trabajan en conjunto con varios pacientes de diferentes enfermedades o discapacidades para un convivio social y este puede durar 4 horas aproximadamente (Bello, León & Coveña, 2019, p.387).

2.2.4. Estructura de soporte de cuidados

Tabla 1 SOPORTE DE CUIDADOS

Estructura de soporte de cuidados	<p>Cuidado formal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidador profesional • Público • Privado <p>Cuidado informal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados no profesionales • Familia • No familiar
Los cuidadores profesionales	<p>Son aquellos que prestan atención a instituciones públicas o entidad con o sin ánimo de lucro, a su vez también existen profesionales con servicios prestados que se encarga de ir a los diferentes domicilios, y a aquellos que son independientes y son</p>

	encontrados por las personas cuidadas o sus familiares.
Los cuidadores no profesionales	Padres, hijos, familiares o personas allegados a su entorno no vinculadas a un servicio de profesional, que prestan atención a personas en situación de dependencia en su domicilio.

Fuente: Cuevas & Rosado (2014). Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario (pp.26-27)

Elaborado por: Carla Elizabeth Quinde Quiroz

2.2.5. Actitud del cuidador

Hay que tener en cuenta que, para realizar este tipo de cuidado el proceso o tiempo se puede prolongar y durar, días, meses, semanas o años, por tal motivo el cuidador debe poseer ciertas cualidades para ejercer un trabajo de calidad, calidez y tener la predisposición de cuidar con dignidad a otro ser humano, este debe tener capacidad emocional, espiritual y psicológica, así como fortaleza interna para sobrellevar las diferentes situaciones que se le presenten a diario.

Así lo detalla Da Silva (2019), nos menciona que “el cuidador tiene que enfrentar una serie de emociones como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, desesperanza, inquietud o al contrario emociones como amor, satisfacción o felicidad intensa por cuidar”, p. 17. Estos sentimientos podrán surgir en cualquier momento de la vida del cuidador, ya que, en muchos casos la habilidad adquirida se forma de un proceso natural, donde van a desarrollar habilidades según el entorno presente y en algunas circunstancias se ven obligados a ser cuidadores por la tarea de suplir las necesidades de su familiar.

2.2.6. Funciones del cuidador

Según Belloni y Rioja (2017), el cuidador es la persona que se encarga de brindar cuidados y confort durante las actividades cotidianas dentro del hogar al adulto con discapacidad. Las principales funciones que cumple el cuidador generalmente son: Apoyar en la realización de actividades de domésticas, colaborar en la higiene personal, supervisar y administrar los medicamentos, resolver situaciones de conflicto derivadas del cuidado, acompañar a su familiar a los controles médicos, preparar alimentos y colaborar en la alimentación, (Belloni & Rioja, 2017).

2.2.7. Factores que dificultan las tareas de cuidado

El cuidar a una persona dependiente implicar cambios en el ambiente social y laboral provocando restricciones en las actividades básicas de la familia sobre todo en la salud. Según Castrillón (2016), menciona que las tareas que lleva a cabo el cuidador no son fáciles no solo por la cantidad de tiempo, esfuerzo y dedicación que pueda llegar a requerir, si no, también por la evolución y cronicidad de la enfermedad, la cual puede llevar a que el cuidado se torne más complejo o especializado.

En mención a lo anterior los factores que ayudan dificultar las tareas del cuidado son: Trastornos cognitivos y mentales asociados a la enfermedad, así como el nivel de autonomía e independencia que conserve el enfermo, la ayuda y el apoyo que proporcionen al enfermo y al cuidador el equipo médico los familiares, amigos y personas cercanas, la actitud que tenga el enfermo ante su nuevo estado de salud, la actitud y la capacidad que tenga el cuidador para adaptarse a la nueva situación y asumir las tareas de ayuda, cuidado y acompañamiento, los recursos que tenga el cuidador a su disposición para llevar a cabo las tareas.

2.2.8. Cambios durante el cuidado

Según García (2019), manifiesta que las personas que atienden directamente a familiares dependientes tienen que responder a tareas, y el esfuerzo y tensiones que les ocasiona el cuidado tienden a repercutir en la persona afectando su entorno, su ámbito familiar, laboral y social de su vida cotidiana.

Cambios en las relaciones familiares: puede haber conflictos por desacuerdos en la atención e implicación de los familiares en el cuidado de la persona dependiente. Cambios emocionales: Los cuidadores se ven expuestos a un gran número de emociones y sentimientos. Cambios en la salud: El cuidado prolongado de un familiar termina afectando a la salud de los cuidadores encontrándose cansados y su salud deteriorada. Cambio en el ámbito laboral: Los cuidadores que trabajan experimentan un conflicto entre las tareas del cuidado las obligaciones labores. Pueden llegar a tener sensación de estar incumpliendo tanto el trabajo, como en el cuidado del familiar. Cambios económicos: Son frecuentes porque disminuyen los ingresos al disminuir la dedicación laboral porque aumentan los gastos derivados del cuidado familiar. Cambios en las actividades de ocio: Disminuye el tiempo libre para los cuidadores, lo que puede provocar sentimientos de

aislamiento y soledad.

2.2.9. Discapacidad

Con el pasar del tiempo, la definición de discapacidad se ha modificado, debido a los diferentes enfoques que los autores han establecido para representar correctamente esta condición, por lo tanto, Hernández (2015), con la definición más reciente, determina que la discapacidad es la restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Esta limitación puede ser temporal o permanente y se ve relacionada con una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

2.2.10. Tipos de discapacidad

Tabla 2 TIPOS DE DISCAPACIDAD

Discapacidad auditiva	Son las deficiencias o limitaciones funcionales y estructurales, que afectan la percepción de los sonidos externos, debido a la pérdida de la capacidad auditiva.
Discapacidad de lenguaje	Son las deficiencias funcionales y/o estructurales, irreversibles del lenguaje, expresión verbal, causada por alteraciones, o trastornos que dificultan de manera persistente la comunicación y la interrelación.
Discapacidad física	Son las deficiencias funcionales y/o estructurales, de las alteraciones neuromusculoesquelética o de órganos internos, que se traducen en limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento.
Discapacidad intelectual	Se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas.
Discapacidad múltiple	Es la presencia de dos o más discapacidades: que generan deficiencias, limitaciones funcionales en varios sistemas del organismo humano.
Discapacidad psicosocial	Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. (2018). *Manual de la discapacidad*.

2.2.11. Discapacidad física

Romo (2016), señala que las personas que presentan deficiencias en sus capacidades físicas provocan en el individuo alguna disfunción en el aparato locomotor. Llegando a producir limitaciones posturales de desplazamiento o de coordinación del movimiento. En resumen, la discapacidad física provoca la disminución o ausencia de funciones motoras que repercute en las actividades de forma independiente, teniendo en cuenta que estas limitaciones inciden en la aparición de otras enfermedades.

La discapacidad física es una es la disfunción parcial o completa, transitoria o permanente de las estructuras y funciones de componente neuromuscular y motórico del organismo (Fernández et al., 2021).

2.2.12. Causas de la discapacidad física

Entre las principales causas de deficiencias físicas en las personas puede destacarse tres: Causas genéticas: son aquellas deficiencias heredadas transmitidas de padre a hijos, o bien desarrolladas por la influencia de factores ambientales. Causas congénitas: Hacen referencia al conjunto de características o rasgos con los que nace un niño, fruto de asociación tanto de factores hereditarios como adquiridos durante el periodo de gestación. Causas adquiridas: son aquellas discapacidades físicas provocadas por un accidente o enfermedad posterior al nacimiento del niño la cual provoca discapacidades temporales o permanente (Collado, 2017).

2.2.13. Complicaciones de la discapacidad física

Existen un sinnúmero de complicaciones que suelen aparecer debido a la inmovilidad prolongada de los pacientes cuando están bajo el cuidado según Centro para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC, 2020) manifiesta que las personas con discapacidades con frecuencia tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud que se puede prevenir...entre las afecciones secundarias pueden incluir las siguientes:

Tabla 3 AFECCIONES SECUNDARIAS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

Complicaciones	
Problemas urinarios e intestinales	Las lesiones de la médula espinal pueden afectar el funcionamiento urinario e intestinal de la persona.
Fatiga	La fatiga es una sensación de cansancio, agotamiento o falta de energía.
Dolor	El dolor es un síntoma que comúnmente reportan las personas con muchos tipos de discapacidades.

Fuente: Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020). Las discapacidades y la salud. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.html>

Úlceras por presión

Las UPP son áreas de necrosis tisular que se desarrollan cuando una zona de tejido es comprimida en una prominencia ósea y una superficie externa durante un prolongado periodo de tiempo. Se define con cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la fricción o la cizalla, o la combinación de estos factores, sobre un plano o una prominencia ósea, que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente y como consecuencia de la isquemia tiene lugar una degeneración rápida de los tejidos, para que se reproduzcan este tipo de lesiones es necesario la presencia de humedad excesiva o constante que provoca la aparición de eritema maceración y excoriación de la piel (Martin, 2019).

Tabla 4 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CLASIFICACION UPP	
Categoría I: Eritema no blanqueable	Piel intacta con enrojecimiento que no palidece al presionar en un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores.
Categoría II: Úlcera de espesor parcial	La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos.

Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel	El tejido subcutáneo o hipodermis puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos, pudiendo presentar cavitaciones y tunelizaciones.
Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos	Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto, pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis.

Fuente. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión clasificación de la UPP (Blanco et al., 2017).

2.2.14. Dependencia

García (2018), manifiesta que la dependencia es un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. En este sentido las personas con algún tipo de dependencia originadas por múltiples causas provocan una gran reducción en la capacidad funcional, teniendo la necesidad de asistencia o cuidados por parte otras personas.

2.2.15. Grado de dependencia

De acuerdo con Zorzo (2017), la dependencia está determinada por la necesidad que tiene el individuo para realizar sus actividades básicas de la vida diaria los mismos que requerirán del apoyo por parte de un familiar, para cuál se debe tener en consideración el grado de dependencia que tenga el paciente.

Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria. Grado II. Dependencia severa. Cuando la ayuda necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador. Grado III. Grado dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona (Zorzo, 2017).

2.2.16. Cuidado de la persona con discapacidad

Durante el proceso de cuidado en una persona dependiente los familiares deben tener cuenta ciertos aspectos básicos muy importante para la recuperación y mantenimiento de la salud de los pacientes con discapacidad debido a que no pueden realizar sus actividades básicas por si solos siendo dependientes de un familiar o persona externa para ejecutar estas actividades los cuidados asistencias que deben realizar los cuidadores son las siguientes:

Tabla 5 CUIDADO EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA

Plan de cuidados	Actividades
Higiene	<p>El aseo o higiene persona consiste en acciones que realizan para mantener limpio y libre de impureza el cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambio de la ropa interior• Limpieza de los ojos para eliminar secreciones• Lavado de manos, cara antes y después de cada comida
Alimentación	<p>Una alimentación equilibrada permite que la persona mantenga un estado óptimo de salud. Por lo que es necesario cubrir los requerimientos diarios de energía y nutrientes la alimentación debe de incluir, frutas y vegetales, proteína, lácteos, cereales y granos</p> <p>Al alimentar a una persona con discapacidad se debe colocar a la persona en posición cómoda, darle pequeños bocados, agua continuamente y limpiar la boca.</p>
Movilidad	<p>El realizar ejercicios básicos a la persona con discapacidad tienen como finalidad lograr tres metas importantes.</p> <p>Prevenir e deterioro o debilidad de los músculos como resultado de la atrofia. Evitar la contractura en la cual los músculos se inmovilizan por una postura rígida y anormal (que es una de las complicaciones más comunes)</p>

Fuente: MIES. (2018) El cuidado y protección de las familias. Ministerio de Inclusión Economía y Social.

2.2.17. Inventario de la habilidad de cuidado

El inventario de habilidades de cuidado permitirá valorar la problemática de estudio, la misma que describe que la habilidad de cuidado es un concepto multidimensional que resume la expresión del potencial para cuidar que tiene una persona en este caso el cuidador (Carreño et al., 2016).

Nkongho (1990), plantea un instrumento constituido por 37 ítems con respuesta tipo Likert. Las subescalas se clasifican en tres factores, ubicadas en los rangos bajo, medio y alto que están asociados al entendimiento del propio ser y de otros a saber: Conocimiento, implica conocer las fortalezas limitaciones propias y a la vez entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar: Valor; es la sensibilidad a estar abierto a las necesidades del presente y se obtiene de experiencias del pasado; Paciencia: es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración, incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros (Bustos, et al., 2016).

Elementos para sumar cada subescala

- **Conocimiento** 2, 3, 6, 7, 9, 19, 22, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36.
- **Valor:** 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 25, 28, 29, 32.
- **Paciencia:** 1, 5, 10, 17, 18, 20, 21, 24, 27, 37.

2.2.18. Dimensiones del Inventario de la Habilidad del Cuidado

Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información y habilidades que los individuos adquieren a través de las experiencias o fortalezas para ejercer un cuidado óptimo con un autoconocimiento propio de sus debilidades y limitaciones además de conocer la capacidad que tienen para resolver problemas entorno a la salud de su familiar. Según Marín, (2021) afirma, que “el conocimiento se adquiere a través de la capacidad que tiene el ser humano de identificar, observar, analizar los hechos y la información que le rodea”.

Valor

Según Vega (2020), afirma, que el valor es “el grado de utilidad para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar”. Es decir, el valor es la habilidad que se enfrentan las personas en diferentes situaciones, a partir de las experiencias adquiridas o aprendidas

con el pasar del tiempo acorde a las necesidades.

Paciente

La paciencia se considera como el grado de tolerancia que enfrentan los cuidadores en situaciones del proceso de salud enfermedad de sus familiares, partiendo de las necesidades de cuidado, permitiéndole a la persona tener la capacidad de lidiar cualquier dificultad o adversidad.

2.2.19. Índice de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento utilizado para verificar la capacidad funcional de las personas, conforme a sus actividades diarias diseñadas por Mahoney y Barthel en 1995. Según Fernández (2020), manifiesta que esta escala permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diría tales comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de rueda a la cama, subir y bajar escaleras.

La valoración se ejecuta según la calificación obtenida es una escala de 0 a 100, siendo 0 dependencia absoluta y 100 la independencia total para las actividades de la vida diaria. <20 Dependencia total, 25 – 35 Dependencia grave, 40 – 55 Dependencia moderada, 60 – 90/ 100 Dependencia leve, 100 independencia (90 si es independencia en silla de ruedas.

La puntuación asignada a través de la valoración de cada actividad se fundamenta en tiempo y la cantidad de ayuda física que requiera el usuario, al ejecutar dicha actividad. La puntuación no se otorga a un paciente que posea inseguridad al efectuar las actividades, si no, cuáles son las limitaciones que presente para realizarlo y que tanto dependa de su cuidador.

2.2.20. Actividades básicas de la vida diaria

La Federación de Autismo de Madrid (2020) describe las actividades de la vida diaria como “aquellas actividades del día a día necesarias para que una persona pueda mantener una correcta salud física, mental”

De tal forma se entiende que las actividades básicas son aquellas tareas o rutinas de cuidado propias de la persona, que se ejecutan diariamente como lo es el aseo, la alimentación, movilidad, vestirse, control de esfínteres, entre otras. Las mismas que son

importantes para desenvolverse de manera autónoma para mantener un estado de salud óptimo y evitar la aparición de enfermedades.

Entre las actividades que evalúa el Índice de Barthel son las siguientes:

Tabla 6 CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO DE BARTHEL -ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Actividades	Definición
Comida	Valora si el sujeto es capaz de comer por sí mismo. Implica ser capaz de introducir el alimento a la boca, masticar y tragar.
Lavarse o aseo personal	Esta actividad implica ser capaz por sí mismo de mantener la higiene corporal, de tal modo que puede ducharse y limpiarse de manera autónoma.
Vestirse	Valora si el sujeto puede ponerse y quitarse la ropa de manera autónoma y sin ayuda.
Arreglarse	Esta actividad implica en parte aseo personal, e incluye acciones como peinarse, lavarse la cara o manos afeitarse o maquillarse.
Continencia-incontinencia fecal	Valora si el sujeto es capaz de contener las heces, si tiene algún episodio de incontinencia o necesita ayuda de vez en cuando o si es incapaz de controlar los esfínteres por sí mismo.
Continencia e incontinencia urinaria	Evalúa la incontinencia fecal y urinaria, teniendo en cuenta el desempeño en la evacuación, se observa si el sujeto puede contener la orina y cuidar su funcionamiento
Uso del retrete	Valora si el sujeto es capaz de utilizar los sanitarios por sí mismos. Si puede ir al lavabo, quitarse la ropa, realizar sus necesidades y limpiarse
Trasladarse a silla o cama	Valora la capacidad de desplazamiento del sujeto, concretamente si es capaz de sentarse o levantarse por sí mismo o entrar y salir de la cama.
Deambular	Se evalúa la capacidad de deambular y desplazarse endistancias cortas. Se valora si el sujeto es capaz de caminar 50 metros sin ayuda de otra persona o andadores (aunque puede usar muletas o bastones).
Utilizar escaleras	Valora si la persona puede subir o bajar unas escaleras de manera autónoma.

Fuente: Castellero (2020). Índice de Barthel. <https://psicologiaymente.com/clinica/indice-barthel>

2.2.21. Teórica de enfermería

Teoría de Dorothea Orem

Dorothea Orem, afirma que la enfermería brinda servicios sanitarios a personas que necesitan cuidados directos según su enfermedad o discapacidad presente, es por eso que el personal de enfermería tiene funciones sociales e interpersonales, que permiten relacionar aquellos que requieren ayuda con quienes prestan el servicio (Alligood, 2018).

Siguiendo con el párrafo anterior, Dorothea Orem a través de la experiencia que tuvo, determinó que la enfermera es capaz de promover y mantener la salud de un paciente, si se realizan los cuidados supliendo las necesidades que presente la persona. desarrollando tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, déficit del autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Es un modelo en el cual, las personas pueden tomar decisiones sobre su salud, para mantener o modificar si hay la presencia de conductas de riesgo referentes a la salud de cada uno (Alligood, 2018).

La teoría de autocuidado describe la acción y el control que poseen las personas para cuidarse de sí mismas en relación con el entorno donde se encuentran, y se logra a través de un conjunto de actividades que realizan los pacientes, teniendo en consideración que la mayor parte de los cuidadores, no pueden suplir las necesidades de cuidado de manera adecuada, aumenta el riesgo de tener otras complicaciones en la salud.

Por lo cual, el trabajo de investigación se relaciona con la teoría de Dorothea Orem, ya que permite educar a los familiares y al cuidador en la ejecución de un autocuidado óptimo, en las actividades diarias, con el fin de mantener un completo estado de salud y bienestar. De esta manera lograr disminuir el aumento de complicaciones externas, a las enfermedades de base. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe orientar mediante capacitaciones en la promoción de salud y la prevención de enfermedades para mejorar los conocimientos de como brindar los cuidados dentro de los hogares.

Por otra parte, la teoría de Madeleine Leininger, tuvo como propósito describir a través de su teoría transcultural, la diversidad de los cuidados de enfermería que se pueden plantear, respetando las culturas y costumbres de cada persona, para de esta manera

mantener o recuperar la salud del individuo. Por lo tanto, los cuidados realizados por el profesional, deben adaptarse a la cultura, creencias y valores, para proporcionar comodidad y seguridad al paciente siguiendo el estilo de vida que poseen (Alligood, 2018).

La teoría de la diversidad y de la universalidad en los cuidados culturales, permite guiar a los profesionales de la salud, sobre un cuidado humanizado y holístico, partiendo de diferentes culturas, para brindar una atención de salud como ellos la deseen, sin discriminación alguna por su tipo de creencia, porque la cultura es un estilo de vida y si no es respetado, puede influir en las decisiones del paciente, complicando la comunicación y recuperación de este (González y Gordón, 2020).

Dentro de la teoría de Leininger, se encuentran 4 metaparadigmas los cuales son: persona, salud, entorno y cuidado. Estos comprenden a cada individuo, persona, grupo o familia que posee cada cultura, para basarse en la práctica, valores y creencias de cada comunidad, de tal modo que se proporciona una idea enfocada al cuidado cultural, para posterior brindar conceptos y actividades relacionadas a sus tradiciones, y llegar a la recuperación de la salud del paciente.

Para explicar el punto de vista de Madeleine Leininger, crea el modelo del sol naciente, para representar los diferentes componentes que integran la teoría y práctica de la enfermería transcultural. Dando a conocer que la persona no se debe alejar de su cultura, en su lugar se debe buscar un cuidado teniendo en cuenta todos los aspectos de su cultura y mejorar la calidad de vida.

2.3. Fundamentación legal

La presente investigación está respaldada de forma legal por lo señalado en los artículos e incisos de la Constitución de la República del Ecuador, que se evidencian a continuación:

Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades 2012 modificado 2017 última modificación 2020

Capítulo I

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 (Garces, 2017)

Capítulo I - Del derecho a la salud y su protección

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información (Ley Orgánica de Salud, [LOS], 2006).

Constitución de la República del Ecuador - 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. (Constitución de la República del Ecuador, [CRE], 2008).

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 (CRE, 2008).

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención (CRE, 2008).

2.4. Formulación de la Hipótesis

El grado de dependencia de los adultos con discapacidad física atendidos en el Centro de Salud Enríquez Gallo influye en la habilidad del cuidado familiar.

2.5. Identificación y clasificación de las variables

Variable independiente

Grado de dependencia de los adultos con discapacidad

Variable dependiente

Habilidad del cuidado familiar

Tabla 7 MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTE

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN		DEFINICIÓN OPERACIONAL		TÉCNICAS
		CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES		
El grado de dependencia de los adultos con discapacidad física atendidos en el Centro de salud Gallo influye en la habilidad del cuidado familiar	Variable independiente Grado de dependencia de los adultos con discapacidad física.	Son aquellas actividades que realiza la persona cuidadora con el fin de satisfacer las necesidades básicas del paciente, dichas acciones permitirán proporcionar bienestar y alivio al individuo.	Actividades básicas de la vida diaria	Dependencia total Dependencia grave Dependencia moderada Dependencia leve Independencia	Índice de Barthel	

Elaborado por: Carla Elizabeth Quinde Quiroz

Tabla 8 MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTE

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		TÉCNICAS
			DIMENSIONES	INDICADORES	
El grado de dependencia de los adultos con discapacidad física atendidos en el Centro de salud EnríquezGallo influye en la habilidad del cuidadoo familiar	Variable dependiente Habilidad del cuidadoo familiar	Esta determinado por necesidad que tiene el cuidador para ejercer sus actividades de cuidadoo a otra persona que no posee la capacidad de realizarlo por sí mismo.	Valor Paciencia Conocimiento	Alto Medio Bajo	Inventario Habilidad de Cuidadoo de

Elaborado por: Carla Elizabeth Quinde Quiroz

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación es un diseño no experimental, teniendo en cuenta que, no se realizará ningún tipo de experimento partiendo desde el contenido natural de las variables de la cual se recolectará los datos, mediante el instrumento Habilidad del Cuidado, e Índice de Barthel.

Así mismo es de enfoque cuantitativo, ya que los datos de los cuidadores serán analizados, por medio de datos numéricos, de la cual se obtendrá resultados específicos sobre la habilidad del cuidado familiar en la discapacidad física de igual forma medir el grado de dependencia que tengan los adultos al momento de los cuidados que permitirá comprobar la hipótesis previamente establecida.

Por otro lado, el estudio tiene un alcance transversal de tipo descriptivo, puesto que se seleccionó de manera específica las características de las variables del estudio además se realizó en un periodo de tiempo determinado.

3.2. Método de investigación

Mediante el método deductivo se pasa de un conocimiento general a otro de menor nivel de generalidad. Las generalizaciones son puntos de partida para realizar inferencias mentales y arribar a nuevas conclusiones lógicas para casos particulares. Consiste en inferir soluciones o características concretas a partir de generalizaciones, principios, leyes o definiciones universales. Extrae conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto dado de premisas o proposiciones, dicho de otra forma, un modo de pensamiento que va de lo más general a lo más específico. (Rodríguez & Pérez, 2017)

El estudio se ejecutó en base al método deductivo, dado que, la investigación cuenta con un sustento teórico establecido por diferentes autores, con el fin de completar la información. Igualmente, se usará el método analítico, debido a que se obtendrán información por medio de los ítems para el análisis de cada variable de investigación y así obtener los resultados sobre el nivel de habilidad del cuidado en relación con el grado dependencia que poseen los adultos.

3.3. Población y muestra

Población: Centro de Salud Enríquez Gallo

Muestra: total de 48 pacientes adultos con discapacidad física de los cuales se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedo constituida por 19 pacientes.

3.4. Criterio de inclusión

Inclusión

- Adultos de 18 a 64 años
- Cuidador familiar principal del paciente
- Quienes firmen el consentimiento
- Que pertenezcan al Centro Salud

Exclusión

- Menores de edad
- Adultos Mayores
- Que no pertenezcan al Centro de Salud Enríquez Gallo
- Quienes no firmaron el consentimiento

3.5. Tipo de muestreo

En la investigación se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, en la cual se seleccionó la muestra compuesta por adultos del Centro de Salud Enríquez Gallo, que presenta discapacidad física y dependencia en sus actividades básicas.

3.6. Técnicas y recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos para esta investigación se utilizaron las encuestas y la observación.

La observación directa es una herramienta que nos permite recabar información desde una perspectiva holística, ya que nos permite ver cómo es la vida de los adultos con discapacidad física, como es su comportamiento, como se relaciona con su entorno, como es su apariencia física, sus signos vitales y su estado de salud a nivel general.

En la investigación, la encuesta se considera en primera instancia como una herramienta de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad

es la de obtener de manera ordenada sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida

3.7. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó los siguientes instrumentos:

Inventario de la Habilidad del Cuidado

Para la recolección de los datos, acorde a la variable dependiente, mediante el instrumento de habilidad del cuidado (CAI), la cual mide la habilidad de una persona para cuidar de otra, formulada por Ngozi Nkongho, en el año de 1990, la cual está compuesta por 37 ítems basadas a la habilidad del cuidado con sus dimensiones en base a conocimiento con 14 ítems, valor con 13 ítems y paciencia con 10 ítems.

En relación, a la escala tipo Likert se detalla las puntuaciones que permitió evaluar la habilidad del cuidado familiar en personas con discapacidad física, el cuestionario consta de 37 preguntas, con puntaje de 1 a 7, donde 1 es la puntuación mínima es 1 y 37 es la máxima, que equivale a 1 totalmente de acuerdo, 2 bastante de acuerdo, 3 de acuerdo, 4 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 en desacuerdo, 6 bastante en desacuerdo, 7 totalmente de acuerdo, la misma que permite obtener una puntuación acorde a los rangos de medición que va de alto, medio y bajo detallado a continuación.

Tabla 9 CLASIFICACIÓN DE LA PUNTUACIÓN DE LA HABILIDAD DEL CUIDADO

<i>Instrumento</i>	<i>Puntuación mínima</i>	<i>Puntuación máxima</i>	<i>Rango</i>		
			Alto	Medio	Bajo
Habilidad del cuidado	1	7	1 - 86	87 - 173	174 - 259

Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth

De acuerdo, con el puntaje de las dimensiones, de conocimiento, valor y paciencia se calculó el promedio del resultado total en relación al número de afirmaciones detallado de la siguiente forma:

Tabla 10 CLASIFICACIÓN DE PUNTUACIÓN POR DIMENSIONES

Dimensiones	Alto	Medio	Bajo
Nivel de Conocimiento	1 -2,8	2,9 – 3,9	4 -5
Nivel de Valor	1 -2,8	2,9 – 3,9	4 -5
Nivel de Paciencia	1 -2,8	2,9 – 3,9	4 -5

Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth

Índice de Barthel

De la misma forma se aplicó el índice de Barthel con el fin de determinar el grado de dependencia que posee los adultos, en su capacidad funcional mediante las actividades básicas de la vida diaria, compuesta por 10 ítems como es comer, trasladarse de la silla a la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse o desvestirse, control de heces y de orina, mediante la cual se establecen diferentes puntuaciones según la capacidad de la persona, de esta manera determinar cuál es el estado funcional del paciente para identificar cual la dependencia que posee: 0 - 20 Dependencia total, 25 – 35 Dependencia grave, 40 – 55 Dependencia moderada, 60 – 90 Dependencia leve, 100 Independencia.

3.8. Aspectos éticos

Para la ejecución de la investigación se aplicó los criterios éticos de enfermería como son la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, con el fin de respetar la participación de los cuidadores, además de la no divulgación o distorsión de la información obtenida a través de los instrumentos validados.

Para el desarrollo de este estudio se ejecutó los permisos respectivos a las autoridades del Centro de Salud con el fin de llevar a cabo el trabajo de investigación, la misma que fue validada por el director con su respectiva autorización

Además, se aplicó el respectivo consentimiento informado el cual posee los diferentes aspectos en relación con la confidencialidad y privacidad para la ejecución de los instrumentos, mismos que proporcionaran la información necesaria para la investigación con fines educativos y científicos.

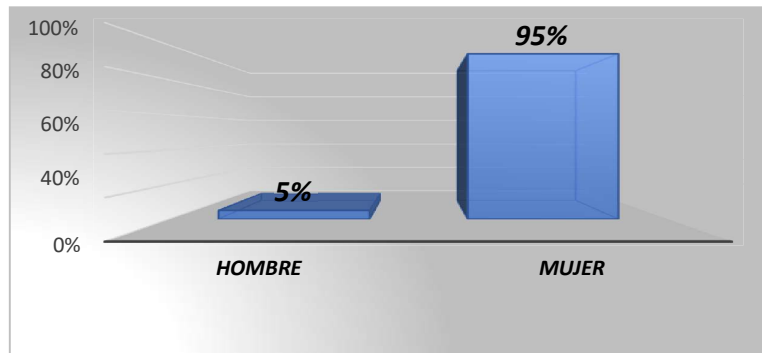
CAPITULO IV

4. Presentación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de datos

Para alcanzar los objetivos trazados, es preciso analizar la información obtenida en el proceso de recogida de datos, es por eso por lo que, en relación con los objetivos planteados se representará mediante gráficos estadísticos, los resultados de 19 pacientes encuestados a través de las herramientas aplicadas.

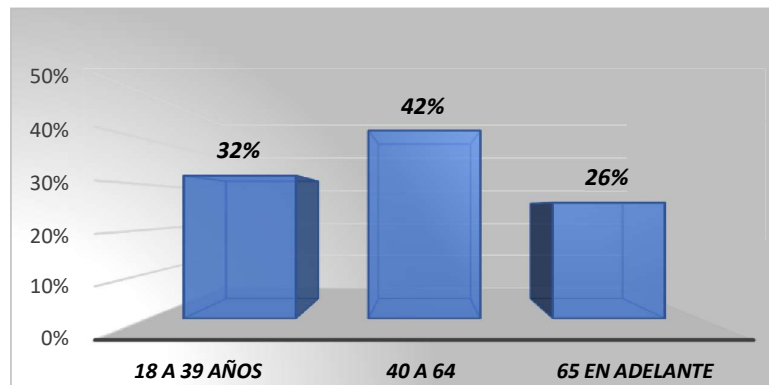
GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES POR SEXO



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Encuesta aplicada a los cuidadores

Se logró caracterizar que el porcentaje de la distribución por sexo, donde el género femenino de pacientes con discapacidad física representa un mayor porcentaje durante las actividades de cuidados con un 95% (18), seguido del sexo masculino que representa tan solo un 5% (1).

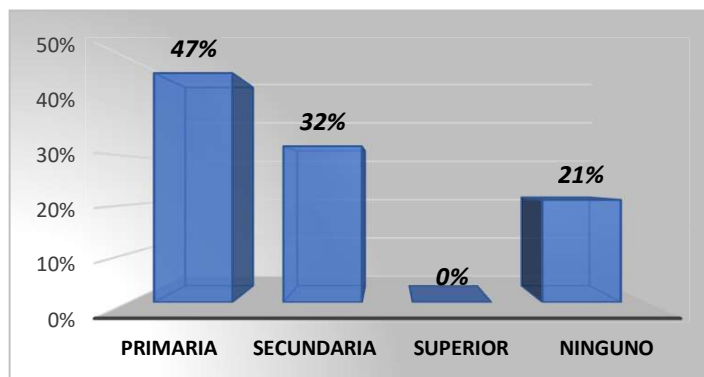
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES POR EDAD



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Encuesta aplicada a los cuidadores

De acuerdo con el gráfico, el grupo etario de los cuidadores según la edad refleja que el 32% (6), de los cuidadores comprenden entre los 18 a 39 años, seguido con un 42% (8), que equivale a edades entre 40 a 64 años, mientras que un 26% (5), son mayores a 65 años, lo que demuestra que la mayor parte de los cuidadores corresponde entre 40 a 46 años de edad.

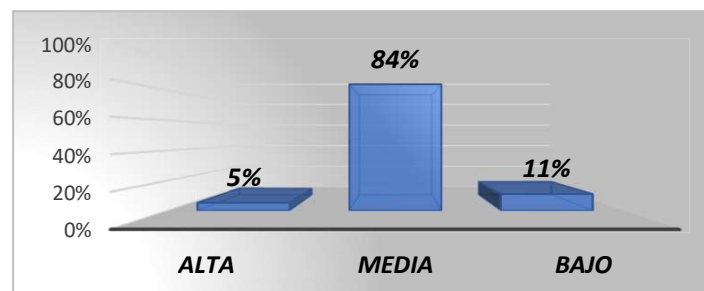
GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Inventario de la habilidad del cuidado

La distribución según el nivel de instrucción se encuentra detallada en la tabla 3, donde se obtuvo como resultado que el 47% (9), equivalente al mayor porcentaje ha culminado la primaria, mientras que un 32% (6), la secundaria, el restante con un 21% (4), no ha estudiado.

GRÁFICO 4 HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR

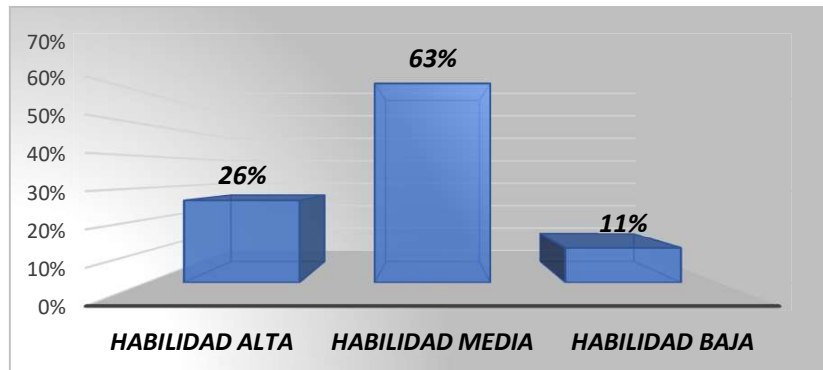


Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Inventario de la habilidad del cuidado

De acuerdo con la evaluación de la habilidad del cuidado total de los cuidadores de personas con discapacidad, se encontró que un 89% (17), está representado en un nivel medio, el 5% (1), presenta una habilidad baja y solo el 5% (1), tiene una habilidad alta de cuidado. Por lo tanto, según los resultados se demuestra que el nivel que predomina en la muestra escogida posee una habilidad de cuidado por parte de los cuidadores es adecuada, para poder ejecutar las actividades diarias acorde a las necesidades del paciente.

Estos resultados difieren con lo encontrado en Carrillo et al., (2015), en su investigación donde manifestó que la habilidad del cuidado es de un 58,3% con un nivel alto de habilidad del cuidado, el 41,7% presenta nivel medio y que no existen cuidadores con nivel bajo.

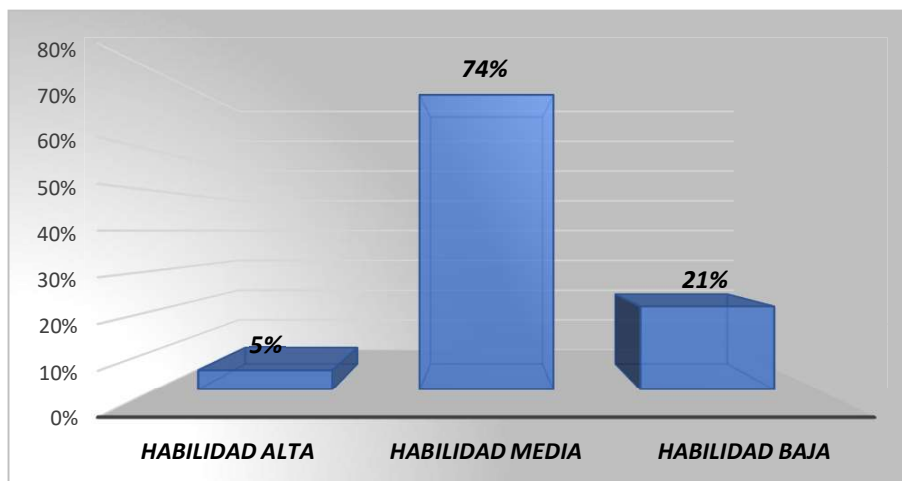
GRÁFICO 5 NIVEL HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE CONOCIMIENTO



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Inventario de la habilidad del cuidado

A través del gráfico 5, se detalla el nivel de habilidad del cuidado familiar en relación a la dimensión de conocimiento, el mismo que detalla que 63% (12) de los cuidadores posee un nivel medio de habilidad, mientras que el 26% (5), tiene una habilidad alta, y solo el 11% (4), tiene una habilidad baja de cuidado. Por lo tanto, los resultados demuestran que los cuidadores poseen un nivel de habilidad medio, que refiere a que tienen medianamente conocimientos de como ejecutar las actividades de cuidado. En relación a esta dimensión los cuidadores respondieron que les toma tiempo llegar a conocer a otras personas con 47%, el 42% cuando cuida a alguien no tiene miedo de esconder sus sentimientos.

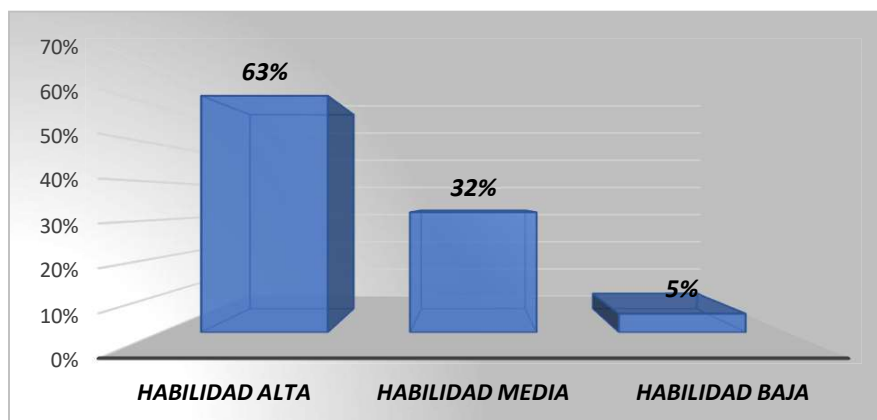
GRÁFICO 6 NIVEL DE HABILIDAD DE CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE VALOR



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Inventario de la habilidad del cuidado

En cuanto a la dimensión de valor se evidencia que el nivel más elevado es de 74% (14) se representa en un nivel medio, mientras que el 21% (4), es bajo y solo el 5% (1), es alto. por lo consiguiente la mayor magnitud en cuanto a los demás porcentajes se observa que existe una habilidad media por parte de los cuidadores durante las actividades de cuidado. Entre a pregunta con mayor promedio el 32% de los cuidadores manifiestan que es muy poco lo que pueden hacer por su familiar provocándoles impotencia, a mismo, con un 32% tienen miedo de dejar solo a su paciente por miedo a que le suceda algo.

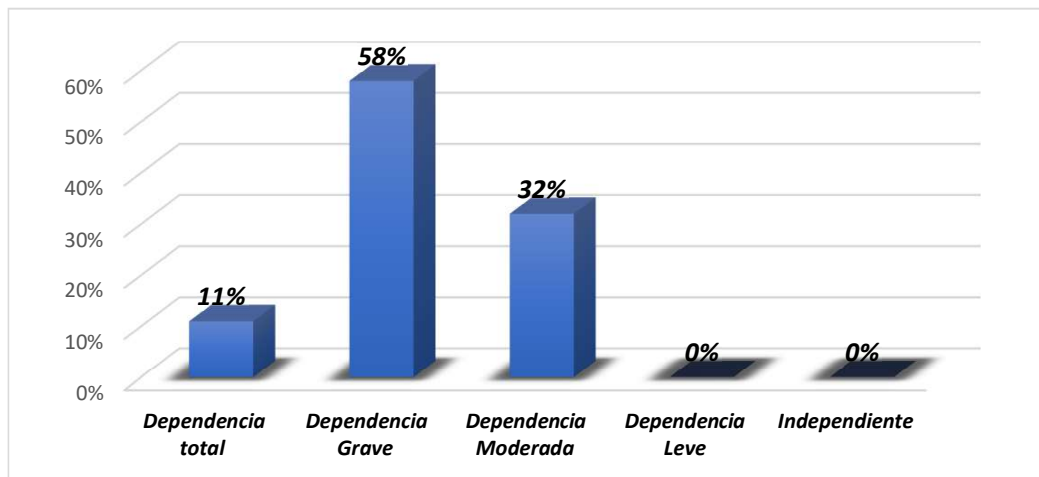
GRÁFICO 7 NIVEL DE HABILIDAD DE CUIDADO FAMILIAR EN TÉRMINOS DE PACIENCIA



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth
Fuentes: Inventario de la habilidad del cuidado

En la dimensión de paciencia se puede observar que existe un porcentaje alto con un 63% (12), seguido de un 32% (6), de habilidad media y como menor rango de habilidad baja de un 5% (1), Demostrando así que el cuidador tiene mayor tolerancia durante las actividades cuidado. En relación a las preguntas donde la mayor parte de cuidadores refieren que las actividades de cuidados el aprender le ha tomado tiempo con un 32%. En el mismo sentido algunas veces les gusta estar incluido y en otras no durante las actividades de cuidado por miedo a la experiencia.

GRÁFICO 8 GRADO DE DEPENDENCIA MEDIANTE EL ÍNDICE DE BARTHEL



Elaborado por: Quinde Quiroz Carla Elizabeth

Fuente: Índice de Barthel aplicada a los adultos con discapacidad física

En relación al objetivo número 2, se puede analizar el grado de dependencia que posee cada paciente con discapacidad física, donde el 58% (11), presenta dependencia grave, seguido del 32% (6), con dependencia moderada, y tan solo 11% (2), presenta dependencia total.

Se puede establecer que más de la mitad de la población adulta con discapacidad posee dependencia grave, lo cual representa mayor problema para los cuidadores porque necesitan de mejorar conocimientos en relación al proceso de enfermedad y las complicaciones de la discapacidad física durante las actividades básicas de la vida diaria por lo cual se requiere de un control por parte de los profesionales de salud.

4.2. Comprobación de la hipótesis

En este trabajo de investigación se plantea como hipótesis que el grado de dependencia de los adultos con discapacidad física atendidos en el Centro de Salud Enríquez Gallo, influye en la habilidad del cuidado familiar. Se analizó los resultados obtenidos mediante el uso del Índice de Barthel y el Inventario de habilidad del cuidado y se logró demostrar a que mayor dependencia de los adultos con discapacidad física, los cuidadores deben tener un mayor nivel en la habilidad del cuidado familiar, por lo tanto, se comprueba la hipótesis.

5. Conclusiones

En resumen, en los resultados que se obtuvieron dentro de las características sociodemográficas de los cuidadores son mayormente mujeres con un total de 95% entre edades de 40 a 64 años edad, también se evidencia que a nivel educativo solo un 47% ha cursado la primaria, seguido de la secundaria.

Así mismo se evaluó la habilidad del cuidado total familiar, donde los resultados dieron que el 89%, tienen una habilidad media, equivalente a un porcentaje adecuado y razonable, esto quiere decir que la mayor parte de los cuidadores posee ciertas habilidades para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria y así poder responder a las necesidades de cuidado. Aunque es necesario resaltar que los cuidadores requieren de capacitaciones por parte del profesional de salud, para fortalecer las falencias que tengan al momento de brindar cuidados.

En relación con el nivel de habilidad del cuidado en términos de conocimiento, valor y paciencia, se observó un buen rendimiento en la habilidad de paciencia, con 63% alto, a diferencia de la dimensión de conocimiento y valor que tuvo un porcentaje medio, indicando que existe ciertas preocupaciones, miedos y dudas en base las actividades de cuidado que realizan.

Mediante el Índice Barthel se logró determinar que la población adulta de estudio presenta un 58% de dependencia grave, seguida de un 32 % de dependencia moderada, lo cual demuestra que los adultos con discapacidad física, muestra una gran dependencia por lo que requieren de cuidadores, para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria como comer, bañarse, vestirse, movilidad etc., ya que ellos no pueden realizarlo por sí mismos.

6. Recomendaciones

Fortalecer temas de cuidado dentro de los hogares para mejorar el conocimiento de las familias, mediante capacitaciones y prácticas domiciliaria, que les permitan enfrentar ciertas dificultades durante el proceso de cuidado.

Se recomienda al personal de salud, realizar visitas domiciliarias constantes para verificar si los cuidados ejecutados por parte del familiar son óptimos o necesitan de ayuda profesional.

Promover actividades de promoción y prevención en la relación al nivel de cuidado para evitar las futuras complicaciones de la discapacidad física por lo que se debe fortalecer el conocimiento acorde a la higiene, alimentación adecuada, movilidad, entre otros.

El profesional de enfermería debe considerar el mediante la teoría de Dorothea Orem la aplicación del autocuidado en las familiares y paciente con el fin de mejorar la habilidad del cuidado en relación a las actividades diarias para mantener un estado de salud y bienestar óptimo tanto para los cuidadores y cuidador.

7. Referencias bibliográficas

- Alligood, M. (2018). Modelos y teorías de Enfermería, (9a. Ed.) Elsevier. Barcelona España.
- Andreotti, M., Rodríguez, B., Neri, K., Golghetto, F., Correa, L., Leonardo, C., & Martins, A. (2018). Estudio comparativo entre cuidadores formales e informales de adultos mayores. *Revista Ciencia y Saude* 23(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Benítez, M., & Moreno, S. C. (2015). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con cáncer. *RFS Revista Facultad De Salud*, 7(2), 9-14. <https://doi.org/10.25054/rfs.v7i2.949>
- Bello, L, León, G., & Covená, M. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- Belloni, C y Rioja, R. (2017). Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia. Gobierno de Chile. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo_me_cuido_y_te_cuido.pdf
- Blanco, R., López, E., & Quesada, C. (2017). Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Comunidad Autónoma del País Vasco: Osakidetza.pp 13-14. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/e_s_publici/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf
- Bustos Azúcar, S., Rivera Fuentes, N., & Pérez Villalobos, C. (2016). Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de Chile. *Ciencia y enfermería*, 22(2), 117-127. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200009>
- Camacho Durán, I. P., & Riaño Atuesta, L. A. (2017). Estudio piloto para determinar la habilidad del cuidado en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, en el Hospital Universitario Los Comuneros Bucaramanga en el año 2017.

- Cantillo-Medina, C. P., Perdomo-Romero, A. Y., & Ramírez-Perdomo, C. A. (2021). Habilidad del cuidado, sobrecarga percibida y calidad de vida del cuidador de personas en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 184-193. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4396-Galerada%20final-3593-1-10-20210628.pdf>
- Cantillo-Medina, C. P., Ramírez-Perdomo, C. A., & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y enfermería*, 24 <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-16.pdf>
- Carreño Moreno, S., Barreto Osorio, R. V., Duran Parra, M., Ortiz, V. T., & Romero, E. (2016). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300009
- Carrillo, K. L. S, Eterovic, C. A., & Parra, S. E. M., (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(2), 235-248.
- Castillero, O. (2020). Índice que se Barthel. Que es, como se usa y que se evalúa. <https://psicologiaymente.com/clinica/indice-barthel>
- Castrillón, N. (2016). Guía práctica para personas que cuidan de un familiar enfermo y/o en situación de dependencia. [https://books.google.com.ec/books?id=DPA0DQAAQBAJ&pg=PT19&dq=\(factores+que+influyen+en+el+cuidado+familiar\)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjg_vGZhIr0AhU4RzABHaC0Dkg4FBDoAXoECAoQAg#v=onepage&q=\(factores%20que%20influyen%20en%20el%20cuidado%20familiar\)&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=DPA0DQAAQBAJ&pg=PT19&dq=(factores+que+influyen+en+el+cuidado+familiar)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjg_vGZhIr0AhU4RzABHaC0Dkg4FBDoAXoECAoQAg#v=onepage&q=(factores%20que%20influyen%20en%20el%20cuidado%20familiar)&f=false)
- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC (2020). Las discapacidades y la salud. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.htm>
- Chaparro Díaz, L., Carreño, S. P., Campos-de-Aldana, M. S., Benavides, F., Niño-

- Cardozo, C. L., Cardona, R. M., ... & Criado, M. L. (2016). La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 19(2), 275-284.
<https://doi.org/10.31910/rudca.v19.n2.2016.81>
- Constitución de la Republica del Ecuador (2008). *Personas con discapacidad*. P.3
<https://www.discapacidadesecuador.org/images/stories/File/Constituci%F3n%20del%20Ecuador.pdf>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021). *Estadísticas de Discapacidad*.
<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Coppetti, L. D. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Andolhe, R., Gutiérrez, M. G. R. D., Dapper, S. N., & Siqueira, F. D. (2018). Habilidad del cuidado en los cuidadores familiares de pacientes en tratamiento oncológico: factores asociados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. 1-9.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zT9qQnbYckdKwzSxgH78HMK/?lang=es&format=pdf>
- Collado, V. O. (2017). *Acompañamiento de personas con discapacidad en actividades programadas*. SSCE0111. IC Editorial.
<https://books.google.com.ec/books?id=0VYpEAAAQBAJ&pg=PT26&dq=CAUSAS+DE+LA+DISCAPACIDAD+FISICAS&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwiU9-2b17zAhW2RDABHZMbCm4Q6AF6BAgIEAI#v=onepage&q=CAUSAS%20DE%20LA%20DISCAPACIDAD%20FISICAS&f=false>
- Cuevas, D., Gallud, J., Soler, P., & Rosado, N. (2014) *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario*. Valencia: Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.pp26-27
<https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1112/Gu%C3%ADa%20de%20atenci%C3%B3n%20a%20las%20personas%20cuidadoras%20familiares%20en%20el%20%C3%A1mbito%20sanitario.pdf>
- Darías, S. & Campo, M. A (2019). *Enfermería comunitaria*. p. 927
<https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5->

dev/628/927/#zoom=zD'

Armas, M., Encalada, G., Vásquez, G., Abello, J., Monteverde, A. y Nass, J. (2019). Habilidad de cuidado. Un caso de estudio en un hospital ecuatoriano. *Opción*,35(89-2),550-572.

<https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/27500/28184>

Da Silva Rodrigues, C. Y. (2019). Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor. *Manual Moderno*. <https://elibro.net/es/ereader/upse/131268>

Díaz., Parra, M., & Carrillo, S. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes *Enfermería global Revista electrónica de enfermería*. 235 -237.

<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>

Espín Martin, S. J. (2020). La sobrecarga emocional y su relación con las habilidades de cuidado en el personal de la casa hogar para ancianos Bethania de la Ciudad de Quito, en el año 2019 (Bachelor's thesis, Quito: Universidad Tecnológica Indoamérica)..

<http://201.159.222.95/bitstream/123456789/1943/1/ESPIN%20MARTIN%20SARA%20JACQUELINE%20.pdf>

Fernández, G. García. R. (Coordinador). García, v. Gómez, R. González, M. Palomero, M. Pino, S. y Poveda, M. (2021). Características y necesidades de atención

higiénico-sanitaria de las personas dependientes. Ed. 3. Paraninfo S.A. p. [https://books.google.com.ec/books?id=t6EIEAAQBAJ&pg=PA23&dq=\(tipos+de+discapacidad+f%C3%ADsica\)&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=t6EIEAAQBAJ&pg=PA23&dq=(tipos+de+discapacidad+f%C3%ADsica)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiNspiX29_zAhUPSzABHTBCD104FBD0AXoECAIQAg#v=onepage&q=(tipos%20de%20discapacidad%20f%C3%ADsica)&f=false)

[419&sa=X&ved=2ahUKEwiNspiX29_zAhUPSzABHTBCD104FBD0AXoECAIQAg#v=onepage&q=\(tipos%20de%20discapacidad%20f%C3%ADsica\)&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=t6EIEAAQBAJ&pg=PA23&dq=(tipos+de+discapacidad+f%C3%ADsica)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiNspiX29_zAhUPSzABHTBCD104FBD0AXoECAIQAg#v=onepage&q=(tipos%20de%20discapacidad%20f%C3%ADsica)&f=false)

Fernández, M.F. (2020). *Movilización de enfermos*. Editorial. Elearning, S.L.pp.47-48.

<https://books.google.com.ec/books?id=eGzoDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Federación de Autismo en Madrid. (2020). Actividades de la

Vida Diaria. <https://autismomadrid.es/articulo-especializado/que-son-las->

actividades-de-la-vidadiaria/

- Fuertes Rocañín, J. C. y Castedo Martínez, O. (2018). Enfermería geriátrica: aspectos medicolegales. Ediciones Díaz de Santos.
<https://elibro.net/es/ereader/upse/57512?page=113>
- García, V y Lara, M. (2019) Manual unidad formativa. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas con dependencia en domicilio. Editorial CEP S.L
<https://books.google.com.ec/books?id=Oxa3DwAAQBAJ&pg=PA62&dq=cuidador++cambios&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwix1Yj52cD1AhVoQzABHwXGCAAQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=cuidador%20%20cambios&f=false>
- García Antón, M. Á. (2018). Guía práctica de la Ley de Dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Guia%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20Ley%20de%20Dependencia.pdf>
- Garcés, L. M. (2017). Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. Quito, Pichincha, Ecuador: Registro Oficial Suplemento, 109.p-3
<https://contadores.myqbecsoft.com/wp-content/uploads/2020/09/Reglamento-a-la-Ley-Organica-de-Discapacidades-ultima-modificacion-30-de-julio-de-2020.pdf>
- Gómez, Y., Villaroel, G., Baldovino, K., Gómez, P., & Ordoñez, L. (2015). Habilidad del cuidado familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia. Revisalud Unisucre, 11- 21.
http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1006/Art_GomezMezaY_HabilidadCuidadorFamiliar_2013.pdf?sequence=1
- González, G., & Gordón de Isaacs, L. (2020). Significados del cuidado cultural, de la salud y una vida libre de drogas. Revista Científica De Enfermería, 26(22), 50-59.
<https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2155>
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. Revista CES Derecho , 6 (2), 46-59
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S214577192015000200004&lng=en&tlng=es

- Ley Orgánica de salud (2006). Modificación 2015. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Mejías, M. (2016). Cuidador de Personas con Discapacidad Física y/o Psíquica (2a. ed.). Málaga: Editorial ICB. p. <https://elibro.net/es/ereader/upse/120369?page=182>
- Martin, V.N. (2019). Cuidado enfermeros al paciente crónico I. Editorial DAE. P.198. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/716/198/>
- Marín, G. (2021). Conocimiento. <https://economipedia.com/definiciones/conocimiento.html>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES (2018). Cuidado y protección en las familias. 1 ed. p. 11. párrafo 2. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LEXTN-MIES-151193-PUBCOM.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018). Calificación de la discapacidad. Manual. Quito. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/Manual_Calificaci%C3%B3n-de_Discapacidad_2018.pdf
- Observatorio Discapacidad Física (2021). La Discapacidad Física: ¿Qué es y qué tipo hay?. <https://www.observatoridiscapacitat.org/es/la-discapacidad-fisica-que-es-y-que-tipos-hay>
- Pérez Ayesa, A. (2016). Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar. https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23449/TFG_AMAIA%20PEREZ%20AYESA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, Mariana. (Última edición:4 de agosto del 2021). Definición de Habilidad. <https://conceptodefinicion.de/habilidad/>
- Pinto, X. V. T., Moreno, S. C., & Díaz, L. C. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. Salud UIS, 49(2), 330-338. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017006>
- Potter, P. A., Perry, A. G., & Stockert, P. A. (Eds.). (2019). Fundamentos de enfermería. Elsevier Health Sciences. p.83,110,120 <https://books.google.com.ec/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA7&dq=perry>

+potter+2010+fundamento+de+enfermeria&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiZ5relt5PzAhW2RjABHRdTDm4Q6AF6BAGGAI#v=onepage&q=perry%20potter%202010%20fundamento%20de%20enfermeria&f=false

Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidad (2017).

https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/Reglamento-lod-decre_-194.pdf

Rodríguez, J., & Pérez, J. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Revista científica Redalyc.org, 1-26

<https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>

Salazar-Maya, A. M., García, Y. C., & Ciro, C. L. E. (2020). Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 22.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>

Sitzman, K. (2019). Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide.pp-122-124

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=py56DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=ycRp5_qo6Z&sig=OZbBSUzaQaTAetpetzBibagIYJI#v=onepage&q&f=false

Sorrentino, S., & Remmert, L. (2020). Manual Mosby de cuidados básicos de enfermería.

Manual Mosby de Cuidados básicos de enfermería, 6.(p.442).

https://books.google.com.ec/books?id=3cnSDwAAQBAJ&pg=PA442&dq=accidente+cerebrovascular&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi3--yB9J_0AhUGRDABHSO8DMoQ6AF6BAGDEAI#v=onepage&q=accidente%20cerebrovascular&f=false

Vega (2020).Diccionario Jurídico y Social. Enciclopedia Online.

<https://diccionario.leyderecho.org/valor/#:~:text=cargo%20del%20transportista.,Definici%C3%B3n%20de%20Valor,o%20proporcionar%20bienestar%20o%20deleite>

Zorzo, M. N. E. (2017). Manual. Recursos sociales y comunitarios para personas con discapacidad (MF1448_3). Certificados de profesionalidad. Promoción e

intervención socioeducativa con personas con discapacidad (SSCE0111).
EDITORIAL CEP. [https://books.google.com.ec/books?id=08U-DwAAQBAJ&pg=PA59&dq=\(grado+de+dependencia\)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi68uDt8eDzAhWJQzABHa6CBF84ChDoAXoECAUQA#v=onepage&q=\(grado%20de%20dependencia\)&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=08U-DwAAQBAJ&pg=PA59&dq=(grado+de+dependencia)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi68uDt8eDzAhWJQzABHa6CBF84ChDoAXoECAUQA#v=onepage&q=(grado%20de%20dependencia)&f=false)

8. Anexos

Anexo 1. Autorización por parte de la institución



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio N° 710-CE-UPSE-2021

La Libertad, 14 de Octubre de 2021

Señor Doctor
Dr. Luis Pereira
Director del Centro de Salud Enriquez Gallo
En su despacho. –

De mi consideración:

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

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciado en Enfermería al estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CEDULA
1	HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUEZ GALLO, LA LIBERTAD, 2021	QUINDE QUIROZ CARLA ELIZABETH	0925455768

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta- QUINDE QUIROZ CARLA ELIZABETH, proceda al levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



ALICIA GABRIELA
CERCADO MANZANO

Lic. Alicia Cercado Manzano, PhD
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

2021/10/14 10:48 AM
Dr. Luis Pereira
MEDICO GENERAL
N° 1120600650-1

Somos lo que el mundo necesita

Fecha y lugar: La Libertad, 20 de enero del 2022

Asunto: SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS INFORMACIÓN

De mis consideraciones:

Yo, Dr. **Luis Alberto Pereira Cevallos**, con C.I. 1204006502 reciba un cordial saludo, por parte de este centro de Salud Enriquez Gallo, dando contestación a este oficio se le brinda apertura y aprobación del respectivo permiso para realizar el presente trabajo de titulación con el tema de **HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD**, a la estudiante Srta. **Carla Elizabeth Quinde Quiroz**, con C.I. 0925455768 con la finalidad de culminación de la tesis.

Atentamente

 **LUIS ALBERTO
PEREIRA
CEVALLOS**

Dr. Luis Alberto Pereira Cevallos

Anexo 3. Consentimiento informado



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del consentimiento informado permitirá conocer la información del encuestado sobre el nivel de habilidad del cuidado familiar en la discapacidad física.

Este estudio es elaborado como requisito para el proceso de titulación, de la Carrera de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, realizada por la estudiante Carla Elizabeth Quinde Quiroz bajo la tutoría de la Lic. Zully Diaz Alay.

De aceptar la participación voluntaria se garantiza la confidencialidad y el respeto a las respuestas, la cual no será utilizada con otro propósito externo a la investigación. Después de recibir y comprender la explicación yo,....., con número de cédula, por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada, **HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE SALUD ENRÍQUEZ GALLO, LA LIBERTAD, 2021** además certifico que he sido informado con claridad, sobre los objetivos y el propósito de la investigación.

Firma del participante

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos

TEMA: HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUEZ GALLO, LA LIBERTAD, 2021

INSTRUMENTO

INVENTARIO DE HABILIDAD DEL CUIDADO (CAI)

El instrumento permite valorar el potencial de cuidar hacia a otros en una escala de Likert con 37 ítems que va de 7 puntos desde 1 al 7. Utilizado para expresar el nivel de acuerdo o desacuerdo. Valorando a través de una subescala la cual valora en base a su conocimiento, valor y paciencia.

Datos generales del cuidador

Sexo: Hombre () Mujer ()

Edad: _____

Nivel académico: Ninguna () Primaria () Secundaria () superior ()

No.	Afirmaciones	Calificación						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Creo que aprender toma tiempo							
2	El hoy está lleno de oportunidades							
3	Usualmente digo lo que tengo que decir a otros							
4	Hay muy poco que pueda hacer por una persona que se siente impotente.							
5	Veo la necesidad de cambio en mi mismo.							
6	Tengo la capacidad de que me gusten las personas que se así yo no les guste a ellas.							
7	Entiendo a las personas fácilmente.							
8	He visto suficiente en estar incluido y algunas veces no me gusta estar incluido.							
9	Me toma tiempo llegar a conocer a otras personas.							
10	Algunas veces me gusta estar incluido y algunas veces no me gusta estar incluido.							
11	No hay nada que pueda para hacer que la vida mejore.							
12	Me siento intranquilo sabiendo que otra persona depende de mí.							

13	No me gusta desviarme de mis cosas para ayudar a otros.								
14	Al tratar a las personas, es muy difícil mostrar sentimientos.								
15	No importa lo que digas mientras haga lo correcto								
16	Es difícil entender cómo se sienten las personas si no he tenido experiencias similares.								
17	Admito a las personas que son calmadas, compuestas y pacientes.								
18	Creo que es importante aceptar y respetar las actitudes y sentimientos de otros.								
19	La gente puede contar conmigo para hacer lo que dije que haría								
20	Creo que hay espacio para mejorar								
21	Los buenos amigos velan por los otros								
22	Encuentro significado en cada situación								
23	Temo "dejar ir" a aquellos a quienes cuido por temor por lo que pueda sucederles.								
24	Me gusta alentar a las personas								
25	No me gusta hacer compromiso más allá del paciente.								
26	De verdad, me gusta como soy								
27	Veo fortalezas y debilidades en cada individuo								
28	Las nuevas experiencias son usualmente miedosas para mí.								
29	Tengo miedo de abrirme y dejar que otros vean quien soy.								
30	Acepto a las personas tal como son								
31	Cuando cuido a alguien no tengo que esconder mis sentimientos.								
32	No me gusta hablar con las personas.								
33	Puedo expresar mis sentimientos a las personas de una forma cálida y cuidadosa.								
34	Me gusta hablar con las personas								
35	Me veo como una persona sincera en mis relaciones con otros.								
36	Las personas necesitan espacio (lugar, privacidad) para pensar y sentir.								
37	Puedo ser abordado por las personas en cualquier momento.								

Anexo 5. Instrumento, Índice de Barthel



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



ÍNDICE DE BARTHEL

Instrucciones.

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) (Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria) ¹ FICHA N° 3 ^a				
Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	MeSES:	Aplicado por:	
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. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.			Fecha aplicación primer semestre dd / mm / aa	Fecha aplicación segundo semestre dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
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			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes; peinarse y afeitarse.			

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
5. BAÑARSE/DUCHARSE			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
6. DESPLAZARSE			
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		
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
8. VESTIRSE O DESEVESTIRSE			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin Ayuda		
10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		

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

9. CONTROL DE HECEES			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
10. CONTROL DE ORINA			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
PUNTUACIÓN TOTAL :			

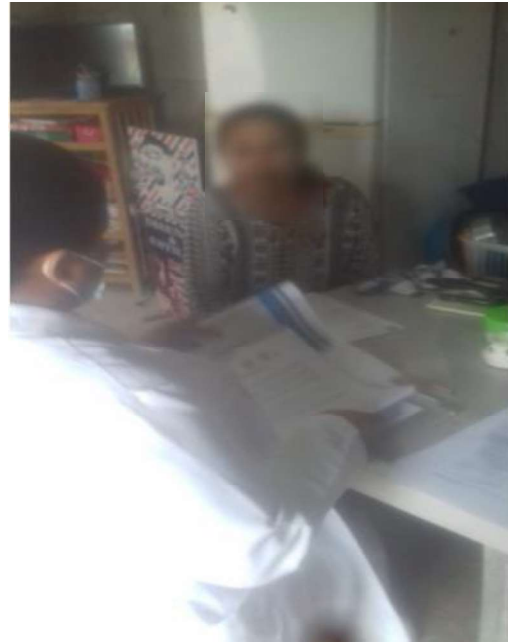
0 – 20	Dependencia Total
21 – 60	Dependencia Severa
61 – 90	Dependencia Moderada
91 – 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

Anexo 6. Evidencias Fotográficas

Aplicación del Índice de Barthel



Aplicación del Inventario de Habilidad de cuidado a las familias



Aplicación de los instrumentos de investigación



Anexo 7. Certificado antiplagio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 26 de Enero, de 2022

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR ZDA-2022

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUEZ GALLO, LA LIBERTAD, 2021.", elaborado por la estudiante CARLA ELIZABETH QUINDE QUIROZ, egresada de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema ~~antiplagio~~ URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente Trabajo de investigación ejecutado, se encuentra con 2% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Díaz Alay Zulay, MSc.

C.I.: 0922503131

DOCENTE TUTOR

Reporte Urkund.



URKUND

Document [HABILIDAD DEL CUIDADO FAMILIAR EN LA DISCAPACIDA FISICA DE ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUEZ GALLO.docx](#) (D126138519)

Submitted 2022-01-25 20:42 (-05:00)


Submitted by cartaquinde12@gmail.com

Receiver zdiaz_upse@analysis.orkund.com

2% of this approx. 24 pages long document consists of text present in 9 sources.

Navigation icons: [Full Screen] [Refresh] [Quote] [Share] [Up] [Left] [Right]

Fuentes de similitud



Sources Highlights ZULLY DIAZ (zdiaz)

Rank	Path/Filename
1	Lisete Nicole González Ramírez TESIS.pdf
2	TESIS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (4).docx
3	DIANA XIMENA TORRES MANTUANO TESIS.docx
4	Cuidado y sobrecarga 2.pdf