

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA A FAMILIARES DE
PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA. DISTRITO DE
SALUD GUANO PENIPE. ABRIL - AGOSTO 2018

Autora: Valeria Nataly Guevara Chávez

Tutora: MsC. Angélica Salome Herrera Molina

Riobamba - Ecuador

Año 2018


ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de Graduación del proyecto de investigación titulado: “EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA A FAMILIARES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA. DISTRITO DE SALUD GUANO PENIPE. ABRIL - AGOSTO 2018”, presentado por la Srta. Valeria Nataly Guevara Chávez y dirigida por el MsC. Angélica Salome Herrera Molina, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente, para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

MsC. Cielito Betancourt Jimbo

Presidenta del tribunal



Firma

PhD. Carlos Gafas González

Miembro del tribunal



Firma

MsC. Luz Lalón Ramos

Miembro del tribunal



Firma

MsC. Angélica Herrera Molina

Tutor



Firma

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Valeria Nataly Guevara Chávez, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo de trabajo hasta su presentación y evaluación.



MsC. Angélica Herrera Molina

C.I. 1707667075

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Valeria Nataly Guevara Chávez, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y tutora MsC. Angélica Herrera Molina, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Valeria', is positioned above a horizontal dotted line.

Valeria Nataly Guevara Chávez

C.I. 0605176684

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme el mejor regalo que es la vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por guiarme y darme sabiduría para poder culminar mis estudios, a mis padres, hermanas y mi sobrino que fueron el pilar fundamental durante mis estudios, siempre me apoyaron sin importar las circunstancias, a toda mi familia que siempre supieron aconsejarme en los momentos de dificultad.

A nuestra Universidad Nacional de Chimborazo “UNACH”, extendiendo mis sinceros agradecimientos a la por brindarme la oportunidad de prepararme y cumplir con mi meta de ser una gran profesional.

A mis queridos docentes que nos brindaron sus conocimientos, sus sabios consejos, y nos enseñaron a ser mejores personas día a día.

En especial a mi tutora MsC. Angélica Herrera Molina que dedicó gran parte de su tiempo para brindarme ayuda, motivación y consejos para desarrollar con éxito esta investigación.

Al personal de enfermería del Distrito de Salud Guano Penipe que gentilmente me dieron apertura para la ejecución de este proyecto de investigación.

A todas aquellas persona que de una u otra forma lograron que mi meta se cristalizara.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a mis padres, hermanas y mi sobrino que fueron mi mayor inspiración, a toda mi familia que me acompañó durante toda la etapa universitaria y en el diario vivir, siempre con su amor, comprensión, paciencia me enseñaron a ser buena persona, a mis amigos por la motivación, por siempre estar conmigo en los buenos y en los malos momentos, que siempre encontraban una palabra de motivación que nunca me dejaron caer, siempre recordándome que hay muchos motivos por los que debo seguir.

ÍNDICE

PORTADA	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	III
DERECHO DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE	VII
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
MARCO TEORICO	3
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24
ANEXOS	28

RESUMEN

La presente investigación fue realizada para determinar la educación de Enfermería a familiares de los pacientes con discapacidad motora en el distrito de salud Guano- Penipe, la población fue constituida por 25 enfermeras y enfermeros, se realizó un tipo de estudio descriptivo y transversal, en cuanto a las características sociodemográficas de la población de estudio se encuentran edades de entre 23 a 54 años, siendo el género femenino el que prevalece con un 84% y el género masculino con el 16%, el tiempo laboral del 44% es menor de 12 meses que se relaciona al cumplimiento del año de salud rural, mientras que en base a la encuesta aplicada permitió determinar que 53% de las respuestas fueron incorrectas siendo así que un 76 % de la población desconoce las principales causas de la discapacidad motora, el instrumento que se utiliza para medir el rango de discapacidad, también se observa un 64% de respuestas incorrectas en cuanto a la prioridad de los diagnósticos enfermeros, en relación a los aspectos de educación que brinda el personal de enfermería a los familiares de los pacientes con discapacidad motora el 56% refieren que no han recibido capacitaciones, mientras que el 100% de la población refiere que si se ha brindado la respectiva educación mediante charlas educativas y exposiciones, haciendo énfasis en temas como: baño e higiene de la piel y nutrición-alimentación, sin embargo no se capacita en temas como administración de medicamentos e inmunización.

Palabras claves: Educación, Enfermería, Familiares, Discapacidad Motora.

Abstract

The present research was carried out to determine the education of Nursing to relatives of the patients with motor disability in Guano-Penipe health district, the population was constituted by 25 nurses, the types of research correspond to a descriptive and transversal process, regarding the sociodemographic characteristics of the studied population, there are ages between 23 and 54 years, with the female gender prevailing with 84% and the masculine gender with 16%, being the working time 44% being less than 12 months which is related to the fulfillment of the rural health year, while 53% of the answers were incorrect, but 76% of the population does not know the main causes of motor disability, the instrument that is used to measure the range of disability, 64% of incorrect answers are also observed regarding the priority of diagnoses errors, in relation to the education aspects that the nursing staff provides to the relatives of the patients with motor disability, 56% report that they have not received training, while 100% of the population reports that if the respective education through educational lectures and exhibitions, emphasizing topics such as: bath and skin hygiene and nutrition-food, however, is not trained in topics such as medication administration and immunization.

Keywords: Education, Nursing, Family, Motor Disability.



Reviewed by: Granizo, Sonia

Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018 la discapacidad es un término que abarca las deficiencias y limitaciones para el cumplimiento de las actividades del diario vivir, siendo así, que existen diferentes tipos de discapacidad como: física o motora, sensorial, intelectual y psíquica, de las cuales la que mayormente afecta a la población es la discapacidad motora.⁽¹⁾

En ese mismo año, en el informe mundial de la discapacidad se afirmó que mil millones de personas en todo el mundo tienen discapacidad, cifra que representa el 15% de la población, siendo así, que casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento, mientras que, en la región de las Américas, alrededor de 140 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad.⁽²⁾⁽³⁾

De acuerdo a las estadísticas del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), en Ecuador existen 443.002 personas con discapacidad mientras que en Chimborazo existen 14.398, en Guano 1.643, en Penipe 687, lo que permite conocer que existe una gran cantidad de casos.⁽⁴⁾

Es considerada como un problema para la sociedad, de acuerdo a las estadísticas del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), la mayoría de población afectada posee discapacidad motora y tienen dificultades para la inclusión en aspectos como: educación, trabajo, vida social, política y salud, por lo mismo no tienen igualdad de condiciones con los demás, siendo la mayor barrera para la participación igualitaria la discriminación, incluso en la atención primaria en los servicios de salud.⁽²⁾

Según Andaluz, en la investigación realizada con el tema “estrategias de Enfermería para el mejoramiento de la calidad de vida en las personas con discapacidad severa del Hospital Básico Pelileo”, menciona que existen diferentes tipos de discapacidad como: física, sensorial, cognitiva e intelectual y psíquica.⁽⁵⁾

En base a las estadísticas publicadas por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), existe una relevancia de pacientes con discapacidad motora en Ecuador con una cifra de 206.587, mientras que en la provincia de Chimborazo existen 5.614, en el Cantón Guano 508, en el Cantón Penipe 197 casos, siendo prevalente en personas de sexo masculino.⁽⁴⁾

La discapacidad motora de acuerdo a la guía de atención pedagógica, se define como la dificultad que presentan las personas para participar en sus actividades de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas.⁽⁶⁾ El estado de salud de estas personas impiden que puedan desenvolverse en el diario vivir por lo que necesitan de un cuidador para poder cumplir con sus necesidades básicas, siendo necesario para cuidadores y familiares poseer ciertos conocimientos sobre el problema de salud que se está desarrollando, para ayudar a fomentar el autocuidado y la participación en sus propias actividades diarias, así evitaremos que estas personas se sientan incompetentes.

Para hacer posible esto es fundamental que el personal de enfermería por ser las primeras y primeros encargadas en brindar atención primaria, ya sea en promoción, prevención, tratamiento o rehabilitación de las personas con discapacidad motora, es importante que posea los conocimientos para brindar una buena educación a los familiares o cuidadores de los mismos, en diferentes temas principalmente en el autocuidado para incentivar a que las personas que poseen discapacidad motora puedan realizar o cumplir con las actividades del diario vivir.⁽⁷⁾

Se consideró necesario realizar un análisis de los conocimientos sobre discapacidad motora que posee el personal, la forma y frecuencia con la que se realiza la educación a los familiares y así diseñar una guía educativa para enfermería sobre la educación a familiares para contribuir con el fomento del autocuidado en los pacientes, mejorar su calidad de vida y disminuir el grado de dependencia de los mismos.

Los contenidos expuestos en la investigación son: resumen, introducción, objetivos, marco teórico, resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

OBJETIVOS

General

- Determinar la educación de enfermería a familiares de pacientes con discapacidad motora en el distrito de Salud Guano Penipe durante el período abril - agosto 2018.

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar la características sociodemográficas de la población en el periodo de estudio.
- ❖ Determinar el conocimiento de las enfermeras sobre discapacidad motora.
- ❖ Identificar los aspectos en los que educan las enfermeras a los familiares de los pacientes con discapacidad motora.
- ❖ Diseñar una guía educativa dirigida al personal de enfermería sobre educación a familiares de pacientes con discapacidad motora.

MARCO TEÓRICO

Educación al cuidador de paciente con discapacidad

Es la formación práctica y metodológica que se le da a una persona en vías de crecimiento, proceso mediante el cual al individuo se le proveen herramientas y conocimientos esenciales para ponerlos en práctica en la vida cotidiana, siendo prácticas, reflexiones y acciones del ser humano para mejorar el mundo. ⁽⁸⁾

Se puede brindar educación sobre los cuidados que necesita una persona que posea discapacidad motora a los familiares y así recibir colaboración en el cuidado de los mismos considerando que es una gran responsabilidad el brindar cuidado a estos pacientes, ya que el cuidado es considerado como un trabajo de amor que permitirá que esa otra persona viva con dignidad. ⁽⁹⁾

Rol de Enfermería en la atención al paciente con discapacidad

La enfermería abarca la atención íntegra, dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y también comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. ⁽¹⁰⁾

El profesional de enfermería es parte del equipo multidisciplinario, y como tal, colabora en la ejecución de cada programa de salud, mismos que están compuestos por actividades que están incluidas dentro de la promoción, prevención, tratamiento y recuperación, consignadas a grupos específicos de personas y a toda la población, que permiten cumplir con los objetivos y metas de salud, en un tiempo determinado, siendo que el personal de enfermería está en relación con el individuo, la familia y la comunidad. ⁽¹¹⁾

El equipo de salud tiene la responsabilidad de cumplir con dos funciones importantes como son: brindar conocimientos y estrategias que ayuden a mejorar la calidad de cuidado que presta el familiar al paciente, por otro lado debe dar apoyo emocional y empático a quienes cuidan. ⁽⁹⁾

Por ende las actividades que realiza el personal de enfermería son:

Visita domiciliaria en la que realiza la ficha de ingreso, tarjetero de seguimiento y se elabora un plan de cuidados para la cuidadora., mismas que se realizara al menos dos visitas al mes por parte del personal de enfermería en donde se realizara ajuste al plan de cuidados, se realizara procedimientos de enfermería y se brindara educación sobre los cuidados que requiere este grupo de personas. ⁽⁹⁾

Familia y discapacidad

La familia es un grupo compuesto por individuos que serían sus miembros y a la vez conforman un sistema mayor que es la sociedad, las cuales debe cumplir funciones básicas como: económica, biológica, educativa, cultural, espiritual y permite valorar el funcionamiento familiar, siendo importante el cambio en el estado de salud de un miembro ya que se modificara los roles, ⁽¹²⁾ sin embargo, puede también verse afectada la estructura y funcionamiento en los roles y actividades que cumple cada integrante de la familia.⁽¹³⁾

Villalobos A. en la normativa de cuidados domiciliarios a pacientes con discapacidad severa, refiere que, los cuidadores/as en un 82.9% eran familiares, de éstos un 64.3% eran hijos/as, 15.7% esposos/as y 2.9% hermanos; sólo un 17.1% corresponde a otros cuidadores, amigos o vecinos. El 84.3% de los cuidadores son de sexo femenino y el promedio de tiempo de cuidado es de 7 años, la sociedad debe brindar apoyo a quienes cuidan a otros, solicitando apoyo de los sistemas de salud.⁽⁹⁾

Discapacidad

Según la OMS, es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las reservas de la participación, siendo así que las deficiencias son problemas que afectan principalmente a una estructura o función corporal, mientras que las limitaciones de la actividad son problemas para cumplir con tareas u obligaciones, y las reservas de la participación son dificultades para participar en las actividades cotidianas. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una estrecha relación entre las características del cuerpo humano y las peculiaridades de la sociedad en la que vive. ⁽¹⁾

Persona con discapacidad

Según el Presidente de la Republica de Ecuador Moreno L., en el reglamento de la ley de discapacidad, es aquella que presenta una o más deficiencias ya sean: físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, sin importar cual fuera la causa por la que se habría originado, por la cual se ve comprometida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para cumplir con la actividades vida diaria.⁽¹⁴⁾

Deficiencia

Según la OMS, se considera a toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un deterioro en un sistema funcional del cuerpo, que se puede presentar simultáneamente dos o más deficiencias y se clasifica en:⁽¹⁵⁾

- Físicas: como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que requieren del uso de implementos para desenvolverse en las actividades cotidianas. ⁽¹⁵⁾
- Sensoriales: afectan a personas con dificultades en los diferentes órganos de los sentidos. ⁽¹⁵⁾
- Psíquicas: afectan a personas que tienen enfermedades o trastornos mentales⁽¹⁵⁾

Minusvalía

Afecta a diferentes individuos ya que son situaciones desventajosas que pueden ser producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desarrollo o cumplimiento de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales. La minusvalía es la interrelación de una deficiencia o discapacidad, manifestando las consecuencias que se derivan de las mismas. ⁽¹⁶⁾

El informe mundial de discapacidad de la OMS, menciona que en todo el mundo, las personas con discapacidad tienen bajos resultados sanitarios, académicos, por ende menor participación económica lo que hace que existan tasas de pobreza muy altas en comparación con las personas consideradas normales. En parte, esto es consecuencia de las barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros tenemos como: la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. ⁽¹⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) , se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial posee discapacidad, entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años, las tasas de discapacidad se están agrandando debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas degenerativas, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general por lo mismo necesitan tener acceso inmediato a las unidades asistenciales de salud. ⁽¹⁸⁾

El informe mundial de discapacidad permite describir información para los gobiernos y la sociedad, dando a conocer las estadísticas y los beneficios que ofrece el Ministerio de Salud en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se usa para mejorar la atención primaria en salud, considerando que la población afectada es significativa y estas personas con las diferentes discapacidades requieren de atención preferencial para conservar su estado de salud. ⁽¹⁷⁾

El MIES brinda atención a personas con discapacidad en condiciones de pobreza/extrema, esta ayuda se da a nivel nacional a través de centros de administración directa y entidades cooperantes. La atención prestada es con enfoque a los derechos y orientada para ampliar las habilidades, capacidades individuales, familiares y comunitarias siendo gratuita y preferencial para quienes conviven con la condición de discapacidad en el Ecuador .⁽¹⁹⁾

Grados de la discapacidad

➤ Discapacidad Leve

Son personas que no requieren de ayuda de terceros ya que presentan poca dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.⁽⁵⁾

➤ Discapacidad Moderada

Existe una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades, por ende necesitas apoyo en labores básicas de autocuidado.⁽⁵⁾

➤ Discapacidad Severa

Presenta una deficiencia física, mental o sensorial que limita en gran parte la capacidad de ejercer una o más actividades de la vida diaria y que obligatoriamente necesita del apoyo de otros.⁽⁵⁾

Clasificación de la discapacidad

Discapacidad física

Existe problemas de tipo motriz o visceral, se presenta en el aparato locomotor o las extremidades, así como parálisis, paraplejías y tetraplejías, y trastornos de coordinación de los movimientos.⁽⁵⁾

Discapacidad sensorial

Es aquella que tiene problemas en los diferentes funciones de órganos de los sentidos como: visual, auditiva, la ceguera y la sordera, mismas que provocan dificultad en la comunicación con otros individuos.⁽⁵⁾

Discapacidad cognitiva e intelectual

Es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo, mismas que presentan dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática.⁽⁵⁾

Discapacidad psíquica

Son aquellas personas que presenta disminución en la actividades de inteligencia, lenguaje, aprendizaje e incluso motricidad, mismos que se presenta por la existencia de problemas neurológicos y trastornos cerebrales.⁽⁵⁾

El índice de Barthel (IB)

Solis, Arrijoja y Manzano, consideran que el índice de Barthel, (IB), es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar y su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes a demás las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano. Para los encargados de aplicar las molestias son también escasas, ya que se realiza entre 2 y 5 minutos, mientras que la autovaloración, en 10 minutos.⁽²⁰⁾

El índice de Barthel, (IB) no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha ya que se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta a cuidadores. Sólo es necesario utilizar en la versión acorde al idioma o una traducción de las actividades, los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad o a su vez si el paciente requiere de ayudad para realizar dicha actividades.⁽²⁰⁾

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

(21)

Discapacidad motora

Según la Guía de atención técnico-pedagógica: necesidades educativas especiales en el nivel parvularia,(2008), la discapacidad motora se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como

consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona, no depende entonces únicamente de las características físicas o biológicas, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad personal con un contexto ambiental desfavorable.⁽⁶⁾

La discapacidad motora puede deberse a diferentes causas y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal), por alguno de los siguientes factores: factores congénitos, factores hereditarios, y factores adquiridos en la etapa post-natal.⁽⁵⁾

Vargas A. y Torrealba Y., en su investigación considera que la discapacidad tiene etiología biológica, ambiental y social, en base a estas características se pretende aumentar la calidad de vida al tener igual oportunidad de educación, formación, trabajo, ocio, vida cívica y comunitaria, lo cual es necesario para reforzar el cumplimiento de los derechos de estos individuos.⁽²²⁾

La atención de las personas con discapacidad se realiza en los diferentes centros de salud, dentro de la atención primaria, con base en la promoción y fomento de la salud, para prevenir la discapacidad y atención a la discapacidad, siendo este el primer nivel de atención utilizado como medio para el fomento y promoción de la salud donde se planifican capacitaciones para médicos, enfermeras y promotores de la salud, en los ambulatorios, sobre temas como: herramientas para detectar discapacidad, herramientas en orientación y movilidad, promoción de función corporal, promoción de funciones sicosociales, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.⁽²²⁾

Estos temas son útiles para los centros de salud o comunidades para lograr un estilo de vida saludable, para evitar que se enfermen, no sufran accidentes, no ocurran situaciones no deseadas dentro del entorno familiar.⁽²²⁾

Existe también el programa de visita domiciliarias en las que se proporciona prácticas a la familia y cuidadores para mejorar el ambiente y la calidad de vida.⁽²²⁾

Morera, Castillo, y Rodríguez, tiene como propósito caracterizar la población discapacitada de un área de salud y conocer la magnitud de la discapacidad mediante su clasificación, grados de

discapacidad así como las acciones de rehabilitación a ese grupo vulnerable, llegando a la conclusión que la tasa de prevalencia encontrada es de 6.3% es decir 63 por cada 1 000 personas tienen algún tipos de discapacidad habiendo predominio del sexo masculino y el grupo de edades de 60 y más años de edad.⁽²³⁾

Mientras que en una investigación realizada por Solís, Hernández y Prada, sobre la evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis, permitió conocer que es una de las afecciones más antiguas que pueden ocasionar altos grados de discapacidad y por ende afectan la percepción de calidad de vida, se cree que con el envejecimiento en muchas de las articulaciones, como el adelgazamiento del cartílago, la disminución de la fuerza muscular, alteraciones en la propiocepción y el estrés oxidativo, que es una causa principal de la discapacidad motora.⁽²⁴⁾

Cruz, Pérez, y Río, en la investigación "Enfermería y discapacidad: una visión integradora" refiere que ha existido un cambio en el tipo de atención a las personas con discapacidad ya que son ciudadanos en plenitud es decir que poseen los mismos derechos para recibir una atención de calidad, determinando, la necesidad de que las enfermeras desempeñen una función de vital importancia en la pronta detección e intervención, y han de participar en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en la docencia y asesoramiento sobre programas para las personas discapacitadas y sus familias.⁽⁷⁾

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), cita áreas de mucha importancia para lograr atender a las personas con discapacidad, entre ellas los planes de cuidado, apoyo a sus familias para acceder a la formación e información que requieran, así mismo ayudar con las actividades de cuidado para satisfacer las necesidades de los pacientes.⁽⁷⁾

Enfermería, tiene que demostrar conocimientos holísticos, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico-reflexivo, respetando y valorando interculturalidad de las persona y sus familias; para cumplir con la función de educando en la promoción los estilos de vida saludable, la re-creación del cuidado, considerando importante que a los paciente hay que enseñarle a ayudarse por sí solo para el desarrollo de las actividades cotidianas y ser emprendedor colaborando con la sociedad y familia.⁽²⁵⁾

En el manual de cuidadores parar personas con discapacidad, en el capítulo de la importancia de la ocupación, roles y rutina dentro de la vida cotidiana, su autora menciona que la actividades del diario vivir son básicas para la mejora su apariencia y desarrollo de las personas con

discapacidad, dentro de ellas encontramos actividades como bañarse, cuidado del intestino y vejiga, vestirse, comer, alimentarse, movilidad funcional, cuidado de dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene del inodoro.⁽²⁶⁾

Sabiendo que como personal de enfermería y por ser los encargados de la atención primaria de salud debe colaborar con la educación a los cuidadores de los pacientes con discapacidad, para lograr que ellos ayuden al desarrollo del autocuidado de los mismos, así no sean totalmente personas dependientes y cómo van a poder realizar actividades de forma independiente.⁽²⁶⁾

Duarte, Santos, Aguirrezabal y Morales, en la investigación donde obtuvieron como resultado que las mujeres cuidadoras entre 45 y 54 años presentaron una disminución significativa en las subescalas de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las mujeres cuidadoras entre 55 y 64 años también mostraron una disminución de la función social y el rol emocional, mientras que los hombres cuidadores no presentaron una afectación significativa. ⁽²⁷⁾

Consideran que cuidar tiene un impacto negativo, especialmente para las mujeres cuidadoras de mediana edad porque existe la presencia de depresión y dolor musculoesquelético en el cuidador ya que el tiempo dedicado al cuidado del paciente con discapacidad influye en este deterioro de la calidad de vida.⁽²⁷⁾

Diagnósticos de enfermería

Después de realizar un análisis detallado de las taxonomías de acuerdo a las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC NANDA, NOC, NIC), y relacionando con los conocimientos sobre discapacidad motora y las necesidades que presentan estos pacientes se ha determinado los siguientes diagnósticos enfermeros que podría presentarse en un paciente con discapacidad motora:

Son muchas las necesidades que presentan por lo tanto se consideró que las principales son con el trato de la sociedad y la aceptación de la misma discapacidad por lo que presento los siguientes diagnósticos; disposición para mejorar el afrontamiento, afrontamiento ineficaz, gestión ineficaz de la propia salud, aislamiento social, mismos que se pueden utilizar para satisfacer algunas necesidades como las siguientes mencionadas.

Sueño

El sueño es necesario para la persona ya que permite recuperarse de la fatiga del día. Es necesario tener en cuenta que aunque la persona esté en cama, gasta energías. El sueño permite la recuperación física del individuo, lo que se traduce en una sensación de bienestar que se siente al despertar. ⁽⁹⁾

Movilidad

Es importante la movilidad de los pacientes para prevención de escaras que son uno de los principales riesgos de la persona que debe permanecer largos periodos en cama, siendo un daño lento y progresivo de la piel, por falta de circulación (la que aporta los nutrientes, el oxígeno que el organismo necesita para vivir y elimina los desechos) lo que lleva a la muerte del tejido, comienza con un leve enrojecimiento, pudiendo llegar a transformarse en heridas o úlceras cuya causa es la presión excesiva, continua o por arrastre, sobre una prominencia ósea del cuerpo. ⁽⁹⁾

Así como las precauciones que debe considerar el cuidador, tomando en cuenta que:

- Las camas muy bajas afectan al cuidador en un mayor uso de la fuerza y como consecuencia mayor dolor. ⁽⁹⁾
- Se debe adaptar la altura de cama, en que la línea superior del colchón esté a la altura de las caderas del cuidador. Según la altura del cuidador, se puede contar la movilización en la cama. ⁽⁹⁾
- La cama debe estar al centro de la habitación de tal manera que permita los desplazamientos por ambos costados al cuidador. ⁽⁹⁾
- Es muy importante que el cuidador realice correctamente la movilización de la persona para evitar esta importante dolencia que afectara en la realización de las actividades de la vida diaria. ⁽⁹⁾

Para la necesidad de movilidad se elabora el plan de cuidados con el diagnóstico de enfermería: deterioro de la movilidad física que es la limitación de movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades manifestados por la disminución de la amplitud de movimientos relacionados con el deterioro muscular esquelético en la que se puede realizar intervenciones como cambios de posición, terapia de ejercicios de movilidad articular, fomentar la mecánica corporal, manejo de peso para obtener el resultado de movilidad, función esquelética, estado neurológico y la adaptación de la discapacidad física.

También se puede utilizar el diagnóstico deterioro de la ambulación que es la limitación de movimiento independiente a pie en el entorno manifestado por el deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida relacionado con deterioro muscular esquelético con las intervenciones de terapia de ejercicios de ambulación, de actividad, ejercicios de equilibrio,

movilidad y capacidad para mantener la actividad con la finalidad de mejorar equilibrio, resistencia y la ambulaci3n.

Alimentaci3n

La alimentaci3n, es una de las necesidades m1s b1sica del ser humano, si no comemos no sobrevivimos, ya que esto sirve para reparar y formar los tejidos, aportan energ1a para vivir, Regular el buen funcionamiento del organismo, contribuye con vitaminas y minerales por lo que es necesario la inclusi3n de estos alimentos en las dietas diarias de estos pacientes.⁽⁹⁾

Eliminaci3n

La eliminaci3n de desechos t3xicos producidos por el organismo se realiza a trav1s de la orina, las deposiciones y la transpiraci3n. Para mantener la salud de la persona postrada es muy importante apoyarla en estas funciones, la orina se forma en los ri1ones, es muy importante porque limpia al organismo de las sustancias t3xicas de la sangre, la incontinencia urinaria y fecal es frecuente en las personas que han perdido la movilidad.⁽⁹⁾

Para satisfacer esta necesidad se elabora el plan de cuidados con el diagnostico de enfermer1a de d1ficit del autocuidado: alimentaci3n que es el deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autocuidado manifestados por el deterioro de la habilidad para autocuidado con el deterioro musculo esquel1tico en la que se puede realizar a las intervenciones de ayuda con el autocuidado alimentaci3n, higiene confort y fomentaci3n de la implicaci3n familiar para obtener el resultado de autocuidado.

Cuidado al cuidador

Se llama carga del cuidador al conjunto de problemas f1sicos, mentales y socioecon3micos que experimentan los cuidadores de personas postradas y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal.⁽⁹⁾

Esta carga tiene una parte objetiva y otra subjetiva. La parte objetiva se refiere a la cantidad de tiempo o dinero invertido, problemas conductuales del sujeto, disrupci3n de la vida social, la parte subjetiva se refiere a la percepci3n del cuidador de la repercusi3n emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar.⁽⁹⁾

El equipo de salud puede intervenir reduciendo ambas cargas, la carga objetiva, a trav1s de la entrega de conocimientos t1cnicos que permitir1n mejorar la eficiencia del cuidado, la carga subjetiva, a trav1s de brindar reconocimiento al cuidador, permitir que el cuidador relate su experiencia de cuidado y exprese sus vivencias y sentimientos.⁽⁹⁾

Cuidados del Cuidador

- Controle peri3dicamente su salud

- No abarque usted solo el cuidado de su familiar, desde el principio solicite la cooperación de otras personas
- Tómese un descanso cuando se sienta agotado o agobiado
- Relaciónese con personas que estén en su misma situación
- Organice su tiempo
- Aliméntese bien
- Duerma lo suficiente
- Salga de la casa, evite el aislamiento.

Llegando a la conclusión que de acuerdo a las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC NANDA, NOC, NIC), y luego de un análisis de los principales problemas y características que puede presentar una persona con discapacidad motora, se pueden determinar que estos son algunos de los diagnósticos de Enfermería que pueden ser utilizados para brindar atención y también como la base de la educación de Enfermería a los familiares de los pacientes con discapacidad motora.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de campo, con enfoque mixto; con el objetivo de analizar los conocimientos y los aspectos en los que capacitan a los familiares de pacientes con discapacidad motora, el personal de enfermería que labora en las unidades de salud que conforman el Distrito de Salud Guano-Penipe, durante el periodo comprendido entre abril a agosto 2018.

La población de estudio estuvo conformada 25 enfermeras y enfermeros que representa la totalidad de individuos que laboran en las unidades de salud donde se desarrolló la investigación.

Se utilizaron métodos de nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de datos se empleó una encuesta, validada por cuatro expertos en el tema. Este instrumento permitió describir las características sociodemográficas en la población en estudio; así como analizar los conocimientos sobre la discapacidad motora e identificar los aspectos en los que educan a los familiares de los mismos.

El instrumento quedo conformado por 24 preguntas, de las cuales las primeras siete indagan sobre dimensiones sociodemográficas como: edad, género, autoidentificación, años de graduado y su condición laboral. Las siguientes diez interrogantes valoran los conocimientos sobre discapacidad motora.

Las seis interrogantes valoran la importancia, la frecuencia con la que se realiza capacitaciones y la última valora los aspectos en los que se educa a los familiares de los mismos.

El análisis de datos se lo realizó recogiendo los datos en una tabla elaborada en Microsoft Excel para facilitar su procedimiento, misma que posee su análisis e interpretación de resultados.

La investigadora respetó los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a la beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvo la respectiva autorización del representante de las instituciones de salud en el contexto de estudio y el consentimiento informado de los enfermeros y enfermeras participantes en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. Sección I características sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rangos de edad		
23-29	23	92%
30-36	2	8%
37-43	0	0%
44-54	0	4%
Género		
Femenino	21	84%
Masculino	4	16%
Autoidentificación étnica		
Indígena	4	16%
Mestizo	21	84%
Años de graduados		
6-11 meses 29 días	5	20%
1 año	8	32%
2 años	3	12%
3 años	2	8%
4 años o más	7	28%

Centro de salud en el que labora		
Centro de salud Guano	3	12%
Centro de salud San Andrés	2	8%
Centro de salud San Gerardo	2	8%
Centro de salud Tuntatacto	5	20%
Centro de salud Tatacto	2	8%
Centro de salud Balsayan	1	4%
Centro de salud San pablo	3	12%
Centro de salud San isidro	4	16%
Centro de salud la Josefina	3	12%
Condición laboral		
Contrato	7	28%
Enfermera rural	11	44%
Nombramiento	7	28%
Tiempo que labora en esta unidad		
Menos de 12 meses	11	44%
1 año	6	24%
2 años	3	12%
3 años	2	8%
4 años o mas	3	12%

De 25 profesionales de enfermería encuestados, la edad varia de 23 a 54 años siendo la más frecuente de 23-39 años con el 92% seguida del rango con menor frecuencia de 44 a 54 años que representa el 8%, donde el 16% son de género masculino y el 84% pertenecen al género femenino, de las cuales la mayoría que es el 84% se autoidentifican como mestizos, mientras que el 16% se consideran indígenas, en cuanto a tiempo de graduados las personas que seleccionaron 4 año y más corresponde al 28% y el mismo porcentaje posee nombramiento en las diferentes unidades de salud, existe un porcentaje de 44% de personas que han laborado por un tiempo de menos a 12 meses, mismo que coincide con el porcentaje de Enfermeras rurales a las que se les ha aplicado la encuesta.

TABLA 2.- Sección II conocimientos sobre discapacidad motora

Preguntas	Escala				Total	
	Correcta		Incorrecta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Discapacidad es	12	48%	13	52%	25	100%
¿Cuáles son los tipos de discapacidad que usted conoce?	10	40%	15	60%	25	100%
¿Cuáles son las principales causas de la discapacidad motora?	6	24%	19	76%	25	100%
¿Cómo se define la discapacidad motora?	14	56%	11	44%	25	100%
la discapacidad motora afecta a	18	72%	7	28%	25	100%
¿Cuál es el instrumento que se utiliza para medir el rango de discapacidad?	6	24%	19	76%	25	100%
¿Maneja usted en su unidad operativa el proceso de atención de Enfermería?	23	92%	2	8%	25	100%
De los siguientes diagnósticos de enfermería cuales cree que podría presentar un paciente con discapacidad motora. Seleccione las tres principales	9	36%	16	64%	25	100%
Las intervenciones de enfermería para cumplir con el objetivo de autocuidado: baño son: priorice	8	32%	17	68%	25	100%

Para cumplir con el objetivo de Conocimiento: estilo de vida saludable, como personal de enfermería que intervención sería la más importante.	11	44%	14	56%	25	100%
---	----	-----	----	-----	----	------

De los resultados observados un 53% de respuestas fueron incorrectas mientras que el 47% son correctas, lo cual refleja que un 76 % desconoce las principales causas de la discapacidad motora, el mismo porcentaje contesta incorrectamente sobre el instrumento que se usa para medir la discapacidad, seguidos de un 64% de respuestas incorrectas en cuanto a la prioridad de los diagnósticos enfermeros, existiendo también un 60% de confusión en la clasificación de la discapacidad, continuando con el 56% de errores en las intervenciones de enfermería.

Se puede observar que existe desconocimiento en los siguientes temas: instrumento para medir el rango de discapacidad, causas, clasificación y diagnósticos de enfermería, en la investigación realizada por Solís, menciona que el índice de Barthel es el más utilizados para valorar el rango de discapacidad, de acuerdo a eso conocer el tipo de ayuda que necesita por parte del cuidador,⁽²⁰⁾ simultáneamente la guía de apoyo técnico pedagógico manifiesta que las principales causas de discapacidad motora son: factores congénitos, hereditarios, adquiridos en la etapa post-natal,⁽⁶⁾ mientras que Andaluz manifiesta que a la discapacidad se puede clasificar de la siguiente manera: discapacidad física, intelectual, sensorial y psíquica.⁽⁵⁾ De acuerdo a las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC), existe varios diagnósticos de enfermería que se puede utilizar para pacientes con discapacidad motora.

TABLA 3.- Sección III capacitación en la temática

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha recibido curso o talleres en el último año sobre discapacidad en su trabajo?		
Si	11	44%
No	14	56%
¿Ha manejado pacientes con discapacidad?		
Si	24	96%
No	1	4%
¿Usted proporciona educación sobre autocuidado a las familias sobre autocuidado de los pacientes con discapacidad motora?		
Si	25	100%
No	0	0%
¿Considera usted que es importante brindar educación a los familiares de los pacientes con discapacidad motora?		
Si	25	100%
No	0	0%
¿Con que frecuencia capacita a los familiares de pacientes con discapacidad motora?		

1 vez al mes	5	20%
2 veces al mes	11	44%
cada 2 meses	8	32%
Rara vez	1	4%
¿Qué tipo de técnicas ha utilizado usted para la educación a los familiares?		
Charlas	16	64%
Exposiciones	9	36%
¿Ha realizado capacitaciones dirigidas a los familiares de los pacientes con algún grado de discapacidad motora?		
Baño e higiene de la piel	24	96%
Nutrición y alimentación	25	100%
Administración de medicamentos	2	8%
Vacunas que debe recibir	5	20%
Mecánica corporal	16	64%
Movilizar al paciente	13	52%
Signos de alarma	18	72%

Se observa que el 56% de los encuestados refieren que no han recibido capacitaciones sobre discapacidad en su lugar de trabajo, mientras que el 100% de la población en estudio menciona que es importante la educación sobre el autocuidado, el mismo porcentaje refiere que han brindado educación a los familiares de las personas con discapacidad motora, siendo la frecuencia de dos veces por mes la que prevalece con un 44%, misma que se realiza mediante charlas en un 64% y exposiciones 36%, haciendo relevancia en los temas de baño e higiene de la piel con el 96% y nutrición-alimentación con el 100% mientras que los temas con menos relevancia son vacunas que debe recibir con el 20% y administración de medicamentos con el 8%.

Relacionado a la educación brindada sobre el autocuidado en la investigación refieren que el 100% ha brindado capacitaciones, encontrando que Aravena, en la investigación titulada “evaluación de la sobrecarga a los cuidadores informales” manifiesta que sólo el 32.7% de estos cuidadores ha recibido formación para brindar cuidados, los mismos que se reciben en los centros de salud, los cuidados que brindan diariamente estas personas van desde los propios de la vida diaria (36.5%): como aseo, alimentación, ayudar a vestirse; incluyendo cuidados específicos de menor complejidad (27.5%).⁽²⁸⁾

De los resultados de la investigación encontramos que el 100% de personal de enfermería considera que es importante la educación a los familiares ya que son parte del cuidado directo con el paciente, encontrando similitud en la investigación titulada “rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos” realizada por Sifuentes, refiere que, los familiares deben cambiar sus roles y estilos de vida para dedicar tiempo para cuidar a sus familiares por ende existe una alteración en el estado de salud de toda la familia.⁽¹³⁾

Simultáneamente León, en su investigación titulada “cuidados de Enfermería a personas con discapacidad” refiere que el personal de Enfermería educa, respeta y valora culturalmente a la persona discapacitada y a su familia, proporcionando información para mejorar la calidad de vida de los pacientes, considerando que a los pacientes hay que ayudarles a desarrollarse para que realicen sus actividades del diario vivir.⁽²⁵⁾

En cuanto a los temas que se ha educado a los familiares de los pacientes con discapacidad motora existe una relevancia en los temas de baño e higienes con 100% y con el 96% en nutrición y alimentación, mientras que existe un 18% siendo bajo porcentaje que refiere haber brindado educación sobre los signos de alarma, en oposición de esto se encontró que Andaluz, menciona que los pacientes en un 84% presentan una falta de higiene a nivel general, el 94% correspondiente a la alimentación, no es adecuada a las necesidades que hay que suplir.⁽⁵⁾

En similitud a los resultados observados en esta investigación que el 72% no educa sobre signos de alarma, se relaciona con el 70% no conocen sobre los signos de alarma referido por Andaluz.⁽⁵⁾

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería refiere si realiza capacitaciones a los familiares de los pacientes con discapacidad motora, a través de los datos recogidos se identifica que los principales aspectos en los que educan son: baño e higiene, alimentación - nutrición, y signos de alarma sin embargo no con énfasis en los temas de administración de medicamentos e inmunización.
- El distrito de Salud Guano - Penipe está conformado por personal de enfermería en su mayoría de género femenino con una edad que varía entre 23 a 29 años, mismas que laboran menos de 12 meses y corresponde a su condición laboral de enfermera rural.
- De los datos obtenidos en las encuestas aplicadas al personal de enfermería para valorar el conocimiento sobre discapacidad motora se puede determinar que una mayoría respuestas son incorrectas mientras que una minoría correcta, por lo que se evidencia un desconocimiento en el personal de enfermería sobre el tema.
- De acuerdo a los datos recogidos por la encuesta se desprende la necesidad de elaborar una guía educativa dirigida al personal de enfermería sobre la educación a familiares de pacientes con discapacidad motora.

RECOMENDACIONES

- Al personal de salud que complemente la educación a los familiares de pacientes con discapacidad motora fomentando la educación individualizada en los temas de administración de medicamentos e inmunizaciones y que la frecuencia de las capacitaciones sean de por lo menos de una vez al mes.
- Al personal de enfermería que se realicen actualizaciones de los conocimientos sobre discapacidad motora, sus intervenciones, cuidados y se las realice por lo menos cada trimestre lo que ayudara satisfacer las dudas de los familiares de los pacientes.
- Al personal de salud que evalúen el conocimiento de los familiares de paciente con discapacidad motora sobre el tema, para de esta forma identificar los temas a capacitar creando alternativas de educación en base a una guía educativa y así mejorar la calidad de cuidado que brindan los familiares a los individuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. OMS | Discapacidades. WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 26]; Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. OPS OMS. 3 de diciembre 2017. Día Internacional de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 4]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13967%3Aa-day-for-all-2017&catid=9565%3Ainternational-day-of-persons-with-disabilities&Itemid=72199&lang=es
3. OMS. OMS | Informe mundial sobre la discapacidad. WHO [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 26]; Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
4. CONADIS. Estadísticas [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 4]. Available from: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/index.html>
5. Andaluz o. Tema :estrategias de enfermeria para el mejoramiento de la calidad de vida en la personas con discapacidad severa del hospital basico pelileo [Internet]. 2014. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2847/1/TUAENF007-2014.pdf>

6. MINEDUC. Discapacidad motora, Guia de apoyo Técnico-Pedagógico, Ministerio de Educacion de Chile, Division de educacion general. Minist Educ [Internet]. 2008;01:50. Available from: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>
7. Maribel Cruz Ortiz, Ma del Carmen Pérez Rodríguez CJR. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Index de Enfermería [Internet]. 2010 [cited 2018 Jul 27];19(2–3):177–81. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200023&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Freire P. La educación como práctica de la libertad [Internet]. Siglo XXI; 1985 [cited 2018 Jul 14]. 151 p. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6V-K4XonzQoC&oi=fnd&pg=PA7&dq=educacion&ots=LOOkpjyYmZ&sig=G-Ctfx8usHqELxYel2bfTZQP2Y0#v=onepage&q=educacion&f=false>
9. Villalobos C. Alicia. Normativa de cuidados domiciliarios de personas que sufren discapacidad severa. 2006. 1-82 p.
10. OMS. OMS | Enfermería-a. WHO [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 23]; Available from: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
11. Fundación Index. RA, SPARC (Organization). Index de enfermería. [Internet]. Vol. 13, Index de Enfermería. Fundación Index; 2004 [cited 2018 Jun 4]. 42-46 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
12. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Revista cubana de medicina general integral. 1985 [cited 2018 Jul 17]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013
13. Sifuentes Contreras A, Sosa Gil E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. Enfermería Glob [Internet]. 2011 Oct [cited 2018 Aug 8];10(24):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Moreno L, Presidente G, De C, Republica L. Reglamento a La Ley Organica De Discapacidades. 2017;(194):1–10. Available from: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/Regalamento-lod-decre_-194.pdf

15. [CIDDDM] Clasificación Internacional de las Deficiencias Discapacidades y Minusvalías, [OMS] Organización Mundial de la Salud. Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Oms [Internet]. 1980;4. Available from: <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf>
16. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre M V., Aguilar Jiménez E, López-González AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen*. 2010;36(8):456–61.
17. OMS OM de la S. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Who. 2011;
18. OMS. Discapacidad y salud [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 26]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
19. MIES. Servicios MIES para personas con Discapacidad – Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2012 [cited 2018 Jul 24]; Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/servicios-mies-para-personas-con-discapacidad/>
20. Solís CLB, Arrijoja SG, Manzano AO. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast y Restauración Neurológica* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jul 27];4(1–2):81–5. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5142>
21. Solís C, Arrijoja S, Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast y restauración ...* [Internet]. 2005;4:1–6. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
22. Mgs Zaida Vargas Sandoval Lic. Yerlin Torrealba. Atención de Enfermería personas con discapacidad. 2013 [cited 2018 Jul 29]; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-discapacidad/>
23. Enrique Arce Morera; Johanna Castillo Núñez; Leonor Venero Rodríguez; Yamileidis Rodríguez Urquiag. Caracterización de personas con discapacidad física atendidas en el consultorio 3. Policlínico "Dr. Tomas Romay". Año 2009. 2010 [cited 2018 Jul 27]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100006
24. Cartas US. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Rev Cuba ...* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 27];16(1):23–9. Available from:

<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53854>

25. León - Silva SA, Luna Victoria-Mori FM. Cuidado de enfermería al paciente con discapacidad: La perspectiva de los discapacitados y el cuidador profesional. SCIENDO [Internet]. 2016;19(1):13–23. Available from: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/13-23>
26. CAROLINA S. Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia 1. 2015. 1-75 p.
27. Marco E, Duarte E, Santos J-F, Aguirrezabal A, Morales A, Belmonte R, et al. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. Rev Calid Asist [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2018 Jul 29];25(6):356–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X10000977>
28. Jofré Aravena V, Sanhueza Alvarado O. EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES. Cienc y enfermería [Internet]. 2010 Dec [cited 2018 Aug 8];16(3):111–20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS

Anexo 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Titulación F.C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación denominado “Educación de Enfermería a familiares de los pacientes con discapacidad motora. Distrito de Salud Guano Penipe. Abril - agosto 2018” a cargo de la estudiante, Valeria Nataly Guevara Chávez como actividad de titulación que es un requisito para su graduación y que sus resultados podrán ser publicados en medios de divulgación científica físicas o electrónicas.

Además, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario.

Entiendo que fui elegido (a) para este estudio por ser parte de la población en estudio y personal de enfermería del establecimiento de salud. -Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial y anónima, por lo que no se revelará a otras personas y

no afectará mi situación personal, ni generará riesgos a la salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 2.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MISMO

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO DE SALUD GUANO-PENIPE ABRIL-AGOSTO 2018

INSTRUMENTO

INDICACIONES: LA SIGUIENTE ENCUESTA ES APLICADA CON FINES ACADEMICOS. POR FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

SECCION I – SOCIODEMOGRÁFICA

1.- Edad:	
2.- Sexo:	a) Femenino b) Masculino
3.- Autoidentificación étnica	a) Blanco b) Mestizo c) Indígena d) Afroecuatoriano e) Otros
4.- Años de graduado	a) 6-11 meses 29 días b) 1 año c) 2 años d) 3 años e) 4 años o más
5.- Centro en el que labora	
6.- Condición laboral	a) Nombramiento b) Contrato c) Enfermera rural

7.- Tiempo que labora en esta unidad	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 12 meses b) 1 año c) 2 años d) 3 años e) 4 años y más
--------------------------------------	---

SECCIÓN II – CONOCIMIENTOS SOBRE DISCAPACIDAD MOTORA

8.- Discapacidad es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Es un término que se utiliza para referirse a las personas con problemas mentales y dificultad para su desarrollo. b) Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. c) Es un término que se utiliza distinguir a las personas que no tienen un buen estado de salud físico y psicológico.
9.- ¿Cuáles son los tipos de discapacidad que usted conoce?	<ul style="list-style-type: none"> a) Motora, visual, intelectual, auditiva, física. b) Psicológica, Motora, visual, intelectual, auditiva. c) Física-Motora, sensorial, intelectual, psíquica.
10.- ¿Cuáles son las principales causas de la discapacidad motora?	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad de la madre, Congénitas o de nacimiento, Envejecimiento, Accidentes. b) Factores hereditarios, traumatismos. c) Mala alimentación durante el embarazo, exceso de actividad física.
11.- ¿Cómo se define la discapacidad motora?	<ul style="list-style-type: none"> a) Como las enfermedades o trastornos mentales que sufre una persona e impiden su desarrollo en las actividades de la vida cotidiana. b) Como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana. c) Como los problemas que presenta una persona establecer buena comunicación con otras lo que dificulta establecer buenas relaciones.
12.- La Discapacidad motora afecta a:	<ul style="list-style-type: none"> a) A personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas. b) A personas con problemas de visión, audición o lenguaje, sordera y pérdida de audición, discapacidades olfativas y gustativas, discapacidad somatosensorial (falta de sensibilidad al tacto, calor, frío, y dolor), y trastornos del equilibrio. c) A personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down, en los niños con retraso en el desarrollo

	y crecimiento, alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.
13.- ¿Cuál es el instrumento que se utiliza para medir el rango de discapacidad?	a) Escala de Zarit b) El índice de Barthel c) Encuesta sociométrica
14.- ¿Maneja usted en su unidad operativa el proceso de atención de Enfermería?	a) SI b) NO
15.- De los siguientes diagnósticos de enfermería cuales cree que podría presentar un paciente con discapacidad motora. Seleccione los 3 principales	a) Déficit del autocuidado: alimentación b) Deterioro de la movilidad c) Deterioro de la integridad cutánea d) Conocimientos deficientes e) Déficit del autocuidado: baño f) Afrontamiento ineficaz g) Gestión ineficaz de la propia salud
16.- Las intervenciones de enfermería para cumplir con el objetivo de autocuidado: baño son: Priorice	— Ayuda en el autocuidado — Vigilancia de la piel — Cuidados del cabello y cuero cabelludo — Baño
17.- Para cumplir con el objetivo de Conocimiento: estilo de vida saludable, como personal de enfermería que intervención sería la más importante.	a) Educación para la salud b) Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda c) Enseñanza individual

SECCIÓN III - CAPACITACIÓN EN LA TEMÁTICA

18.- ¿Ha recibido curso o talleres en el último año sobre discapacidad en su trabajo?	a) Si b) No
19.- Ha manejado pacientes con discapacidad	a) Si b) No
20.- ¿Usted proporciona educación sobre autocuidado a los familiares de los pacientes con discapacidad motora?	a) Si b) No
21.- ¿Considera usted que es importante brindar educación a los familiares sobre autocuidado de los pacientes con discapacidad motora?	a) Si b) No
22.- ¿Con que frecuencia capacita a los familiares de pacientes con discapacidad motora?	a) 1 vez al mes b) 2 veces al mes c) Cada 2 meses d) Rara vez
23.- ¿Qué tipo de técnicas ha utilizado usted para la educación a los familiares?	a) Charlas b) Dramatizaciones c) Debates d) Mesa redondas e) Exposiciones

	f) Otras Cuales? _____		
24.- ¿Ha realizado capacitaciones dirigidas a los familiares de pacientes con algún grado de discapacidad motora señale en que temas?	Tema	Si	No
	Baño e higiene de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nutrición y alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vacunas que debe recibir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mecánica corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movilizar al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3.- Guía educativa

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



GUIA EDUCATIVA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA

Autora:

Valeria Guevara

AÑO 2018

DISCAPACIDAD

Según la OMS, Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

(1)



Persona con discapacidad es 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.

(2)

Deficiencia

Es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo, que se puede presentar simultáneamente dos o más deficiencias

(3)



Se clasifica en:

Físicas: afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.

Sensoriales: afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.

Psíquicas: afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down.

(2)

Minusvalía



Es toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.

(3)

La atención prestada a personas con discapacidad es gratuita y se realiza mediante un modelo de atención basado en la persona con un enfoque de derechos orientado a potenciar las habilidades y capacidades individuales, familiares y comunitarias de quienes conviven con la condición de discapacidad en el Ecuador

(4)

GRADOS DE DISCAPACIDAD

Discapacidad Leve

Personas que presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es muy independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.



(5)



Discapacidad Moderada

Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del

(5)

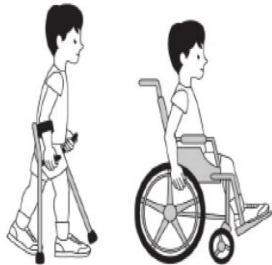
Discapacidad Severa

Se considera a una persona con esta condición cuando presenta una deficiencia física, mental o sensorial que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria y que necesita del apoyo de otros.

(5)



TIPOS DE DISCAPACIDAD



Discapacidad física: es una deficiencia de tipo motórico y/o visceral es cierto que esta categoría, tanto como las correspondientes a los trastornos mentales y sensoriales, no es enteramente precisa, sino más bien un esquema que responde a objetivos de delimitación dentro de un espectro amplio.



Discapacidad sensorial: es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, y que ocasiona algún problema en la comunicación o el lenguaje (como la ceguera y la sordera), ya sea por disminución grave o pérdida total en uno o más sentidos.



Discapacidad cognitiva e intelectual: es también denominada discapacidad cognitiva y es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal.



Discapacidad psíquica: las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras.

DISCAPACIDAD MOTORA

Se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana

que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas

las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona, no depende entonces únicamente de las características físicas o biológicas

sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad personal con un contexto ambiental desfavorable.

(6)



CAUSAS

Factores congénitos: Alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones congénitas (esпина bífida, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral, etc).

Factores hereditarios: Transmitidos de padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.

Factores adquiridos en la etapa post-natal: Traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.

(6)



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



Código: 00158

Diagnóstico: Disposición para mejorar el afrontamiento

Definición: patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado.

M/P: es consciente de los cambios ambientales

Resultado:	Intervención:
Aceptación del estado de salud	Control del estado de ánimo. Facilitar la autorresponsabilidad. Potencialización de autoconciencia.
Mejorar el afrontamiento	Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. Favorecer situaciones que fomenten la autoestima del paciente. Fomentar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.
Apoyo emocional	Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
Disminución de la ansiedad	Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Animar a la familia a permanecer con el paciente.

Código: 00069

Diagnóstico: Afrontamiento ineficaz

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

M/P: estrategias de afrontamiento ineficaz

R/C: confianza inadecuada en la habilidad para mejorar la situación

Resultado:	Intervención:
Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario	Apoyo al cuidador principal Apoyo a la familia Estimulación de la integridad familiar
Adaptación a la discapacidad física	Ayuda con el autocuidado Mejorar la autoconfianza Enseñanza en el proceso de enfermedad.
Afrontamiento de problemas	apoyo a la familia Apoyo emocional Disminución de la ansiedad
Conocimiento: manejo del estrés	Disminución de la ansiedad Enseñanza individual Modificación de la conducta.

Manejo del **Estrés**





Código: 00053

Diagnóstico: Aislamiento social

Definición: soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

M/P: afección discapacitante.

R/C: alteración de la apariencia física

Resultado:	Intervención:
Clima social de la familia	Ambiente de apoyo caracterizado por las relaciones y los objetivos de los miembros de la familia. Comparte el proceso de toma de decisiones Trabaja conjuntamente para satisfacer los objetivos de la familia Discuten aspectos importantes para la familia. Participa en eventos de la comunidad Mantiene relaciones con los amigos.
Equilibrio emocional	Realizar afirmaciones empáticas con el paciente Comentar la experiencia emocional con el paciente. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

Código: 00078

Diagnóstico: Gestión ineficaz de la salud

Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria del régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es de acuerdo para alcanzar los objetivos e la salud específicos.

M/P: dificultad con el régimen terapéutico

R/C: percepción de la gravedad del problema

Resultado:	Intervención:
Autocuidados medicación no parental o parenteral:	Ayuda con el autocuidado. Enseñanza de los medicamentos prescritos. Facilitar el aprendizaje.
Conducta de cumplimiento	Acuerdo con el paciente. Apoyo a la familia. Educación para la salud.



Código: 00099

Diagnóstico: Mantenimiento ineficaz de la salud

Definición: incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud o buscar ayuda para mantener la salud.

M/P: patrón de falta de conducta de búsqueda de salud

R/C: estrategias de afrontamiento ineficaces.

Resultado:	Intervención:
Conocimiento conducta sanitaria	Análisis de la situación sanitaria, Educación para la salud Enseñanza individual.
Conducta de cumplimiento	Aumentar los sistemas de apoyo. Enseñanza proceso de la enfermedad. Fomentar la implicación familiar.

Código: 00088

Diagnóstico: Deterioro de la ambulación

Definición: limitación del movimiento independiente a pie en el entorno

M/P: deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.

R/C: deterioro musculo esquelético

Resultado:	Intervención:
Ambular	Terapia de ejercicios ambulación Fomentar la mecánica corporal Terapia de actividad.
Equilibrio	Terapia de ejercicio equilibrio Terapia de movilidad.
Resistencia	Capacidad para mantener la actividad Manejo de energía.



Código: 00085

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física

Definición: limitación de movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

M/P: disminución de la amplitud de movimientos

R/C: deterioro musculo esquelético

Resultado:	Intervención:
Movilidad	Cambio de posición Terapia de ejercicios de movilidad articular.
Adaptación de la discapacidad física	Ayuda con el autocuidado Aumentar los sistemas de apoyo Apoyo emocional.
Estado neurológico	Control motor central
Función esquelética	Fomentar la mecánica corporal Cambios de posición Manejo de peso.

Código: 00102

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación

Definición: deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

M/P: deterioro de la habilidad para manejar los utensilios

R/C: deterioro musculo esquelético

Resultado:	Intervención:
Autocuidados, comer	Ayuda con el autocuidado alimentación Fomentar la implicación familiar



Código: 00108

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño

Definición: deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño

M/P: deterioro de la habilidad para obtener artículos del baño

R/C: deterioro musculoesquelético

Resultado:	Intervención:
Autocuidados, baño	Ayuda con el autocuidado baño Vigilancia de la piel,
Autocuidados, higiene	Ayuda con el autocuidado higiene Manejo ambiental confort.



Código: 00126

Diagnóstico: Conocimientos deficientes

Definición: carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionada con un tema específico.

M/P: conocimientos insuficientes

R/C: información insuficiente.

Resultado:	Intervención:
Conocimiento estilo de vida saludable	Educación para la salud Potencialización de la disposición de aprendizaje
Conocimiento fomento de la salud	Facilitar el aprendizaje Enseñanza individual



ESTILOS DE VIDA SALUDABLE



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. OMS | Discapacidades. WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 26]; Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. [CIDDM] Clasificación Internacional de las Deficiencias Discapacidades y Minusvalías, [OMS] Organización Mundial de la Salud. Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Oms [Internet]. 1980;4. Available from: <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf>
3. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre M V., Aguilar Jiménez E, López-González AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen*. 2010;36(8):456–61.
4. MIES. Servicios MIES para personas con Discapacidad – Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2012 [cited 2018 Jul 24]; Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/servicios-mies-para-personas-con-discapacidad/>
5. ANDALUZ O. Tema :estrategias de enfermería para el mejoramiento de la calidad de vida en la personas con discapacidad severa del hospital basico pelileo [Internet]. 2014. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2847/1/TUAENF007-2014.pdf>
6. MINEDUC. Discapacidad motora, Guia de apoyo Tècnico-Pedagògico, Ministerio de Educacion de chile, Division de educacion general. Minist Educ [Internet]. 2008;01:50. Available from: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>