



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TEMA**

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN CUIDADOS ESPECIALES PARA LOS AGENTES DE CUIDADOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN EN FORMA AMBULATORIA AL SUBCENTRO JUSTICIA SOCIAL AREA # 9 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL AÑO 2012.

Autoras

GLEND GISELL QUIROZ PAREDES  
MARGARITA ETELVINA VALDEZ ESPINEL

Director: Dr. Oscar Decker

2013

Guayaquil, 14 de junio 2013

## **CERTIFICACION DEL TUTOR**

En calidad de tutor de la tesis con el tema “**DISEÑO DE UN PROGARMA DE CAPACITACIÓN EN CUIDADOS ESPECIALES PARA LOS AGENTES DE CUIDADOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN EN FORMA AMBULATORIA AL SUBCENTRO JUSTICIA SOCIAL AREA #9 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL AÑO 2012**” realizado por Glenda Gisell Quiroz Paredes y Margarita Etelvina Valdez Espinel. Previo a la obtención del Título en la carrera de Licenciada en Enfermería de la Facultad de Ciencias Medicas, Escuela de Enfermería, certifico que luego de haber revisado la APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente

---

**Dr. Oscar L. Décker Yánez Msc**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todo poderoso, a mi madre Victoria Paredes Gusmez y a mi hermana menor Rosa María Quiroz Paredes.

Glenda Gisell Quiroz Paredes

Agradezco en la elaboración de esta tesis de grado a Dios, a mi madre e hija por compartir el sacrificio de la ausencia, a mi familia, amigos, por su constante apoyo y motivación para alcanzar mis objetivos.

Margarita Etelvina Valdez Espinel

## **DEDICATORIA**

A Dios todo poderoso, a mi madre Victoria Paredes Gusmez y a mi hermana menor Rosa María Quiroz Paredes.

Glenda Gisell Quiroz Paredes

A mi padre quien motivó el cumplimiento de esta meta, dejándome ejemplos de honestidad, responsabilidad, fortaleza y dignidad, a mi madre por su amor, comprensión y apoyo, a mi hija por su amor, vitalidad, energía y entusiasmo, a Flor Soriano y Jose Torres quienes estuvieron a mi lado brindándome su ayuda incondicional.

Margarita Etelvina Valdez Espinel

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
Certificación del tutor.....	I
Agradecimiento.....	II
Dedicatoria.....	III
Índice de contenidos.....	IV
Resumen – Abstract.....	VI
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
El problema.....	6
1-1 Planteamiento del problema.....	6
1-2 Justificación e importancia.....	8
1-3 Objetivos Generales y Específicos.....	9
<b>Capítulo II</b>	
2-1 Marco teórico	
2-1-1 Antecedentes de la investigación.....	11
2-1-2 Estudios previos relacionados con el tema.....	11
2-1-3 Bases teóricas.....	12
2-2 Modelo de enfermería de Dorothea Oren.....	15
2-3 Definición de términos.....	26
2-4 Variables.....	29
2-5 Operacionalización de las variables.....	29
2-6 Instrumentos para la obtención de datos.....	30
<b>Capítulo III</b>	
Metodología.....	31
3-1 Diseño y modalidad de la investigación.....	31
3-2 Población.....	33
3-3 Instrumento de la Investigación.....	34

3-4 Análisis e interpretación de resultados.....	34
3-5 Resultados de la encuesta aplicada a los agentes de cuidado...	35
3-6 Resultados de la aplicación del formato del cuidado de enfermería.....	40
Conclusiones y Recomendaciones.....	47
Bibliografía.....	48

## **II Parte**

La Propuesta .....	49
Resultado del estudio.....	50
Objetivo de la propuesta.....	50
Guía de capacitación para los agentes de cuidado.....	52

## RESUMEN

La presente tesis tiene el propósito de diseñar un plan de capacitación orientado a la formación de agentes de cuidado, con entrenamiento para atender el déficit de autocuidado existente en las personas con discapacidad, que permitirá mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, reduciendo la vulnerabilidad de este grupo humano. Afrontando el problema de la discapacidad en la población ecuatoriana, sobresaliendo el rescate de la dignidad de nuestros conciudadanos que adolecen de discapacidad, quienes tienen todo el derecho de ser atendidos, respetados, escuchados y tratados en igualdad de condiciones que los demás y concebir a la discapacidad no como incapacidad sino como diversidad. La investigación se fundamenta en un diagnóstico de enfermería, que para Dorothea Orem, esto implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. Es un proceso científico, sistemático, lógico y objetivo siendo beneficiarios de la propuesta las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 ubicado en el barrio Mapasingue de la ciudad de Guayaquil, porque contarían con agentes de cuidados capacitados para ayudarlos a mejorar su condición de vida, así como los cuidadores permanentes que contarían con los elementos conceptuales, metodológicos y normativos para implementar los cuidados adecuados a las personas con discapacidad bajo su responsabilidad, convirtiéndose así en un agente de cuidado, constituyendo también una oportunidad para la formalización de empleo en este campo. Por otra parte constituye además una forma de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad puesto que ello se vincula mucho con la calidad de los cuidados que reciben.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to design a training plan aimed at training of care workers with training to meet the existing self-care deficit in people with disabilities, which will improve the quality of life of people with disabilities, reducing the vulnerability of this group of people. Facing the problem of disability in the Ecuadorian population, highlighting the rescue of the dignity of our fellow citizens who suffer from disabilities, who have every right to be cared for, respected, listened to and treated on an equal basis with others and conceive of not as a disability but disability as diversity. The research is based on a nursing diagnosis that Dorothea Orem, this involves research and the accumulation of factors that affect the patient's self-care abilities, self-care demands and the nature of the relationship between the two. It is a scientific process, systematic, logical and objective of the proposal being beneficiaries disabled people who come to the health sub-center Social Justice Area No. 9 Mapasingue located in the neighborhood of the city of Guayaquil, because agents would benefit from skilled care to help them improve their living conditions, as well as permanent caregivers would benefit from the conceptual, methodological and policy to implement appropriate care to people with disabilities under its responsibility, becoming an agent of care, being also an opportunity to formalize employment in this field. On the other hand is also a way to improve the quality of life for people with disabilities since this relates a lot to the quality of care they receive.

## INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, la atención específica a personas con discapacidades inició aproximadamente hace medio siglo por iniciativa de algunos padres de familia que en búsqueda de soluciones para el problema de sus hijos, encuentran en los países desarrollados nuevas alternativas para su cuidado, las mismas que para ser aplicadas requerían de la organización privada de estos. Es más tarde, en los años 60, donde se registran las primeras tentativas gubernamentales por cubrir éstas necesidades y, se da paso a la intervención técnica y sistematizada de algunas entidades gubernamentales que se encargaron de la creación de las primeras Escuelas de Educación Especial, en un intento por garantizar algunos de los derechos de las personas con discapacidad, especialmente en los ámbitos de educación, salud e inserción laboral.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados en éste sentido, no fue posible el que se alcanzaren notables progresos en la materia, puesto que, si bien el Estado había emprendido en éste tipo de acciones para mejorar la situación de éstas personas, dichas acciones carecían de sustento legal e institucional, en vista de que el Estado, en esa época, no reconocía a las personas con discapacidad como un grupo vulnerable y, por ende, no tenía como una de sus obligaciones y/o prioridades su atención.

Es recién en la década de los años 70 en la que, gracias a las favorables condiciones económicas relacionadas con el boom petrolero, el sector público desarrolla importantes acciones en los campos de la educación, salud y bienestar social de los discapacitados, creándose varios servicios, organismos administrativos y reglamentaciones a favor de éstas personas. Ejemplo de ello es la creación en 1973 del CONAREP -Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional-, que se encargó por primera vez de la formación ocupacional e inserción laboral de personas con discapacidades.

De igual manera, en 1977 se expide la "Ley General de Educación", normativa en la que se puntualizó como responsabilidad del Estado a la Educación Especial para

las personas con discapacidades. Por otro lado, en abril de 1979 se crea la "Unidad de Educación Especial", con lo cual queda completamente garantizado éste derecho. Nada de esto hubiera sido posible, si en el ámbito constitucional no se hubiera dado lugar a la garantía de ciertos derechos que en constituciones anteriores no se mencionaban. En efecto, si bien la Constitución Política del Ecuador del año 1978 y su sucesora la de 1979, no hacen alusión directa a la protección que debe brindársele a éste grupo vulnerable de la población, en cambio si garantizaban al menos en el papel, el acceso a la educación y salud sin discriminación alguna de todas las personas consideradas como ecuatorianas.

No obstante, a pesar de registrarse un panorama alentador, la carencia de una planificación integral por medio de la cual, tanto instituciones públicas como privadas, persiguieren objetivos en común y ejecutasen acciones concretas encaminadas a la eliminación de las barreras a las que históricamente debieron enfrentarse las personas con discapacidades, impidieron que el efecto de las acciones que anteriormente se mencionaron, haya sido totalmente efectivo, pues aunque en efecto, las condiciones de vida de éste grupo poblacional mejoraron, aún fueron sujeto de discriminación social sobre todo en el ámbito laboral y de movilización.

El 5 de agosto de 1982, se expide la "Ley de Protección del Minusválido", mediante la cual se crea el DINARIM –Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido", institución a la que se le asigna la rectoría y coordinación nacional del trabajo que sobre discapacidades se realizaba en el país bajo la administración del CONAREP. Simultáneamente, en el sector privado, también se llevaron a cabo nuevos esfuerzos en la materia, sin embargo, una vez más, los variados esfuerzos realizados se caracterizaron por ser desordenados, con duplicidad de acciones, dispersión de recursos y desarticulación de acciones.

A pesar de ésta situación, ocurre un hecho fundamental a finales de los 80`s y fue la creación del CIASDE –Comisión Interinstitucional de Análisis de las Discapacidades en el Ecuador-, que en 1989 por iniciativa del INNFA y los Ministerios de Salud, Educación y Bienestar Social, promovió a través de sus

delegados un trabajo interdisciplinario e interinstitucional que en 1991 dio a luz al "Primer Plan Nacional de Discapacidades". Adicionalmente, el 10 de agosto de 1992, se expide la "Ley 180 sobre Discapacidades", por medio de la cual nace el CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades), entidad autónoma con el mandato legal de dictar políticas, coordinar acciones e impulsar investigaciones sobre la problemática de las personas con discapacidades en el país.

Con soporte en estos hechos trascendentales, se da inicio a una profunda transformación en la década de los 90, en la que el CONADIS da paso a la formulación y ejecución de acciones concretas a nivel nacional, fundamentalmente en lo que se refiere a la expedición de políticas y normativas, a la organización y el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidades, a la creación de la Red Nacional de ONG del país, al establecimiento de mecanismos de coordinación de las entidades públicas y privadas, a capacitaciones, a la recolección de información y a la sensibilización comunitaria sobre éste tema.

Como complemento de estas acciones, la Constitución Política del Ecuador de 1998 por primera vez reconoce a la población con discapacidad como un grupo vulnerable que requiere de la atención del Estado, siendo éste el avance más destacable de la época, más en la práctica, una inmensa mayoría de estas personas vivía prácticamente en el olvido y sin protección estatal de ningún tipo, pese a que en 2005, se llevó a cabo una nueva investigación sobre el tema y se elaboró el "II Plan Nacional de Discapacidades", cuyo principal objetivo fue hacer efectivas todas aquellas medidas adoptadas en el país sobre éste tema, lo cual jamás sucedió.

En la actualidad, se ha dado un nuevo brío a las políticas y acciones destinadas a mejorar efectivamente las condiciones de vida de estas personas y, se ha reconocido constitucionalmente a las personas con discapacidades como un grupo de atención prioritaria en donde se dedica una sección entera que detalla sus derechos y las obligaciones del Estado para con ellos, El 23 de mayo del 2007, se elevó a política de Estado la atención y prevención de la discapacidad, delegando su ejecución a la Vicepresidencia de la República, a través del programa "Ecuador

Sin Barreras”. Ecuador aprobó, en el 2008, la nueva Constitución de la República, que menciona en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación. Con este marco legal en Junio 2001 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con casi todas las instituciones del Estado, para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara.

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

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

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

Siendo esto un motivo para impulsar el diseño de un plan de capacitación para los agentes de cuidados de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 del barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, implementando un sistema de enfermería adecuado que permita atender y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades.

La presente tesis está estructurada en 2 partes; la parte I consta de III capítulos que comprenden:

En el **Capítulo I** se expone el planteamiento del problema, en la que indica que no existe un sistema de enfermería que permita atender eficientemente a las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 del barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, destacando también sus causas y consecuencias, proponiendo objetivos generales y específicos para solucionar este problema de investigación.

En **Capítulo II** damos a conocer el marco teórico, los antecedentes del estudio así como el pensamiento teórico de diferentes autores y fundamentos que respaldan el tema, así como las variables y las diferentes definiciones de términos comúnmente aplicadas en el tema de investigación.

En el **Capítulo III** damos a conocer la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación, la modalidad, tipos, población y muestra e instrumentos de investigación empleados para el desarrollo del trabajo, al igual con las conclusiones y recomendaciones de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

En la **parte II** desarrollamos la propuesta sobre un programa de capacitación para agentes de cuidado de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud "Justicia Social" del área No. 9 del barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil contiene también la justificación, fundamentos teóricos, objetivos generales y específicos y la descripción de la propuesta.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad, se estima que existen alrededor de 600 millones de personas discapacitadas en todo el mundo que conforman aproximadamente el 10% de la población mundial. De éste porcentaje, alrededor del 80% de personas viven en países en desarrollo en donde se enfrentan a una situación de marginalización social, económica y política aplastantes, sin que los gobiernos, en general, hayan puesto real énfasis en otorgarles las condiciones mínimas indispensables que les permitiese alcanzar un desarrollo integral en un marco digno e igualitario. En otras palabras, no se han hecho los esfuerzos necesarios por pasar de la simple literatura al accionar concreto.

En efecto, en América Latina, donde se estima que existe una población que asciende a 300 millones de personas, de las cuales al menos 30 millones tienen una discapacidad, ha existido un accionar gubernamental más bien paternalista que ha buscado dar soluciones de corto plazo a los problemas que aquejan a éste grupo de la población y, han descuidado la formulación e implantación de soluciones concretas, permanentes y sostenibles en el tiempo, como parte esencial de una verdadera Política de Estado.

Resulta alarmante constatar que cerca del 20% de los casos de pobreza que se registran en América Latina –caracterizados por condiciones de pobreza extrema y violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas-, tienen relación directa con la discapacidad, lo cual pone de manifiesto, la escasa atención e incluso el abandono al que históricamente ha sido sometido éste importante grupo de la población, en lo que tiene que ver con la formulación de leyes, normativas y políticas públicas específicas cuya finalidad sea garantizar sus derechos e inclusión en la sociedad.

Ésta situación puede constatarse gracias a que, es precisamente, en las poblaciones que viven en la línea de la pobreza, en donde como consecuencia de la desnutrición, condiciones de vivienda inapropiadas, condiciones de trabajo inferiores, carencia de acceso a servicios de salud y agua potable y, la imposibilidad del acceso a la instrucción y los recursos; el riesgo de sufrir lesiones o malformaciones que deriven posteriormente en discapacidades es muy elevado.

El Gobierno Nacional a través de la Vicepresidencia de la República, ha percibido la magnitud del contexto en el que las personas con discapacidad se encuentran en el Ecuador, lo que ha permitido la implementación de políticas de permanente atención a favor de este grupo humano.

Estas políticas públicas adoptadas, se han puesto de manifiesto a través de la ejecución de la “Misión Solidaria Manuela Espejo”, que ha transformado la forma de afrontar el problema de la discapacidad en la población ecuatoriana, sobresaliendo el rescate de la dignidad de nuestros conciudadanos que adolecen de discapacidad, quienes tienen todo el derecho de ser atendidos, respetados, escuchados y tratados en igualdad de condiciones que los demás y concebir a la discapacidad no como incapacidad sino como diversidad.

Ante este importante desafío, el gobierno nacional, estableció una alianza estratégica entre la Vicepresidencia de la República del Ecuador y la Primera Vicepresidencia de la Asamblea Nacional, para conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OMS) y el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), iniciar con la participación activa de la sociedad civil e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en el proceso de construcción del Proyecto de Nueva Ley Orgánica de Discapacidades.

Dentro de la visión actual y siendo que La comunidad es el lugar donde se promueven acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, permitiendo que exista viabilidad en el tema con el propósito de mejorar la calidad de vida de estas personas, se visitó el subcentro de salud

Justicia Social del área No. 9 barrio Mapasingue de la ciudad de Guayaquil; donde la preocupación principal del personal de salud es promover hábitos de salud y cuidados especiales adecuados para las personas con discapacidad que acuden al subcentro. Particular que no podrá realizarse si no se capacita a quienes están encargadas del cuidado de las personas con discapacidad.

### **Ubicación del problema en el contexto.**

En el subcentro Justicia Social se ha observado que los pacientes con discapacidad presentan falta de higiene personal y mala alimentación, situación que empeora la situación clínica del paciente.

### **Planteamiento del Problema**

En el subcentro de salud, área # 9 Justicia Social, ubicado en el barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, es necesaria la creación de una agencia de autocuidado que estructure un sistema de enfermería orientado a la formación de agentes de cuidado, con entrenamiento para determinación del déficit de autocuidado para las personas con discapacidad, de forma que el elemento humano sea generador y promotor de una cultura de capacitación para la atención de personas con discapacidades, contribuyendo a la integración social, potenciando así un cambio de actitud que conduzca a la valoración social y necesidad de protección de este grupo vulnerable.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Siendo el Estado el que garantiza el derecho a la salud y asegura el acceso a servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación funcional e integral de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad, es el Ministerio de Salud Pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, quien debe establecer programas, estrategias de prevención, detección oportuna, atención, habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, con cobertura nacional, regional, zonal y distrital, de manera que reciban una

atención integral, individualizada, especializada y continua preferentemente en su propio contexto socio cultural.

El Ministerio de Salud Pública en coordinación con los organismos públicos y privados que correspondan, implementan programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad.

Bajo este contexto, es necesario desarrollar un plan de capacitación para los cuidadores permanentes de las personas con discapacidad, que facilite la atención en salud de este grupo vulnerable de personas hasta que puedan ser atendidos por especialistas.

Con la capacitación en salud y cuidados especiales para los cuidadores permanentes se pueden obtener excelentes resultados en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de las personas con discapacidad que asisten al subcentro médico Justicia Social de la ciudad de Guayaquil.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

- Diseñar un plan de capacitación orientado a la formación de agentes de cuidado, con entrenamiento para determinación del déficit de autocuidado para las personas con discapacidad.

#### **Objetivos Específicos**

- Aplicar el formato del cuidado de enfermería para determinar el déficit de autocuidado de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud No. área # 9 Justicia Social, ubicado en el barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil.

- Aplicar una encuesta a los cuidadores de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud No. área # 9 Justicia Social, ubicado en el barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.1 Antecedentes de la investigación**

Para realizar la presente propuesta se revisaron los archivos de las diferentes bibliotecas de la Universidad de Guayaquil y de la Facultad de Enfermería, verificándose que no existen trabajos con la misma temática o de similares características que aborden el tema que se está investigando, que es el de un sistema de enfermería para los agentes de cuidado de las personas con discapacidad.

Parte del mejoramiento de las condiciones de vida del ser humano es lograr un mayor nivel de supervivencia, trasladando esta necesidad indiscutible del ser humano al ámbito de la salud y a éste grupo vulnerable de la sociedad, se desprende que un sistema de enfermería bien estructurado contribuiría positivamente a un cambio de vida en las personas con discapacidad, dado que permite la asistencia sistematizada y profesional a un número considerable de la sociedad ecuatoriana históricamente olvidado.

#### **2.1.2 Estudios previos relacionados con el tema**

La Organización Panamericana de la Salud ha ejecutado una serie de talleres tanto nacionales como regionales, dirigidos a recopilar de los actores sociales, de la ciudadanía y principalmente del amplio conglomerado que adolece de problemas relacionados con discapacidad, las inquietudes, sugerencias y observaciones relacionadas con el tema.

Schott-Baer, Linda Fisher y Grégorí Cherylann (1995), realizaron un estudio denominado “Atención dependiente, sobre la carga del cuidador, resistencia de agencia de autocuidado de los cuidadores” cuyo propósito fue examinar la relación entre la atención dependiente, la carga del cuidador, la resistencia

relacionada a la salud y la agencia de autocuidado de los cuidadores y se encontró una correlación negativa moderadamente significativa entre la carga objetiva y la atención dependiente. Se encontraron correlaciones positivas moderadas significativamente entre la agencia de autocuidado y las puntuaciones de las sub-escalas de compromiso, desafío y control de la resistencia relacionada a la salud.

Baker (1993), realizó un estudio correlacional descriptivo al examinar las relaciones de la capacidad de autocuidado y autocuidado con la tensión percibida en el cuidador por múltiples roles y factores condicionantes (edad, periodo de tiempo de cuidado y tipo de tareas de cuidado).

### **2.1.3 Bases Teóricas**

La educación constituye la base para el conocimiento y desarrollo de los individuos y las sociedades; por ende todos los componentes de su estructura son necesarios e importantes, la capacitación a los agentes de cuidado dentro de este contexto constituye una pieza que articula y permite no solo que el conocimiento sea impartido en forma profesional sino también apunta hacia nuestro objetivo principal que es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Las teorías y modelos conceptuales para la enfermería han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que

las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por: persona, salud, entorno y enfermería.

Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, la promoción a la Salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y **fawcett (1996)** los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: **Orem** sobre el déficit de autocuidado, **Roy** sobre la adaptación y el estímulo, **Henderson** sobre las necesidades básicas y **Pender** sobre la Conducta promotora de salud.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica, es así que:

- **En la investigación:** Las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al

problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos

- **En la educación:** Los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje.
- **En la administración:** Provee una estructura sistemática para observar e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.
- **En la práctica clínica:** Proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería deben estar basados en el método de trabajo de enfermería o PAE.
- ste trabajo de investigación centra su atención en el modelo de enfermería de Dorothea Orem, el mismo que es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesario para brindar cuidados a los pacientes.

## 2.2 Modelo de enfermería de Dorothea Orem

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

La enfermera.

El paciente o grupo de personas.

Los acontecimientos ocurridos incluyendo, las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

Totalmente compensatorio.

Parcialmente compensatorio.

De soporte-educación.

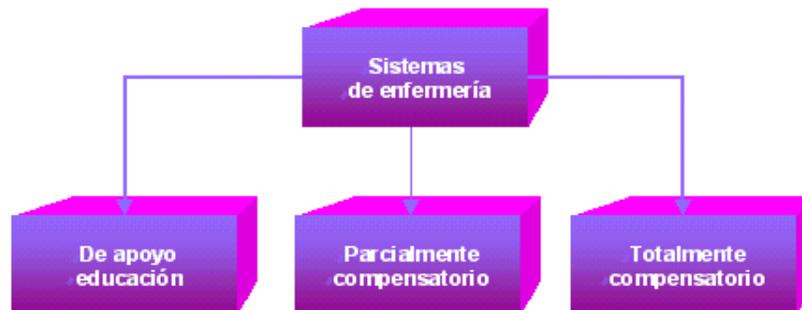


Figura 8. Sistemas de enfermería

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el

momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

- El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, por ejemplo cuando está en coma.
- El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulaci3n o movimientos de manipulaci3n.
- El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

- Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
- Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de la desviaci3n de la salud.

Parcialmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

Este sistema de enfermería es apropiado en las siguientes situaciones:

- El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos.
- El paciente tiene un déficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
- El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye:

- Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
- Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.
- Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

- Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).

- Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

De apoyo/educación. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería.

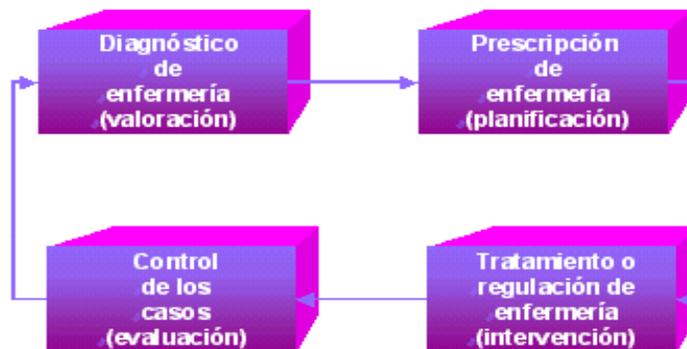
El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.

El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

### Proceso de enfermería

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría.



**Figura 9. Perspectiva del proceso de enfermería usando el modelo de enfermería de Orem**

Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias.

En particular las enfermeras deberían:

- Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
- Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidados de casos (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

### Diagnóstico de enfermería

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería.



**Figura 10. Diagnóstico de enfermería (valoración)**

El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos:

- Demanda de autocuidado actual y futuro.
- Capacidad actual y futura para el autocuidado.

### Operaciones prescriptivas

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que pueden equipararse con la fase de planificación del proceso de enfermería tradicional.

Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. Considera lo que podría suceder en el futuro.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales.

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción.

### Operaciones reguladoras o de tratamiento

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente.

Es importante el desarrollo de un sistema apropiado para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de intervención y evaluación del proceso de enfermería.

El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas:

- Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
- Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.
- Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.

### Operaciones de cuidado (control) de casos

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo.

El cuidado de casos es importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios. Asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.

El aspecto de control del proceso de enfermería implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoría de la utilización de los recursos.

### Teoría en la práctica

Aunque Orem ha dado directrices sobre la forma en que pueden desarrollarse la enfermería y los cuidados del paciente, ha dejado a cada enfermera determinar cómo adoptar y trabajar con el modelo.

La enfermera debe usar las ideas de Orem de la manera que sea más apropiada para desarrollar un plan de cuidados que cubrirá las necesidades de cada paciente.

Las ideas de Orem requieren una considerable cantidad de trabajo para reunir los datos apropiados de la valoración y el diseño de un plan.

El modelo de Orem sigue estrechamente el proceso de enfermería de valoración, planificación, intervención y evaluación. Los detalles teóricos de cómo entiende Orem cada uno de estos procesos necesitan vincularse con su aplicación práctica.

### Guía en la planificación

#### Información previa

- Evaluar las influencias biológica, social, psicológica y cultural en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
- Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
- Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

#### Valoración

- Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
- Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.

- Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
- Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
- Identificar el nivel de desarrollo del paciente y su familia.
- Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
- Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
- Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
- Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.

### Planificación

- Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
- Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.

- Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
- Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar los déficit de autocuidado del paciente.
- Proporcionar los recursos apropiados requeridos por el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

#### Ejecución:

- Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
- Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
- Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
- Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
- Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

#### Evaluación:

- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.

- Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
- Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
- Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

Todo este proceso debe estar basado en un diagnóstico de enfermería, que para Orem, esto implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería; según Orem, las enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de la desviación de la salud.

### **2.3 Definición de Términos Básicos**

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó que es el de mejorar los cuidados de enfermería; en la teoría de Orem podemos destacar varios términos básicos que son muy útiles en el sistema de enfermería, entre ellos tenemos:

**Discapacidad:** Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

De otra forma podemos decir que es una deficiencia o limitación física, sensorial o mental, todo lo que interfiere en la interacción del individuo consigo mismo, el ambiente y los demás.

La objetivación de los efectos de la deficiencia, es el proceso por el cual una limitación funcional se manifiesta como una realidad en la vida diaria, el problema se hace objetivo al interferir las actividades corporales. Debemos por tanto hablar de personas con discapacidad y nunca de discapacitados.

El término discapacidad es el término común, aceptado en toda Iberoamérica, no así el de minusvalía, y es un término al que solemos recurrir siempre que no podemos o no queremos ser más precisos. Se puede tener una deficiencia sin por ello tener una discapacidad y se puede tener una minusvalía sin una discapacidad.

**Cuidadores:** Son individuos de ambos sexos que se identifican como encargados de un paciente con discapacidad con o sin lazos consanguíneos y que viven en el hogar (ambos).

**Agente de cuidado:** Se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

**Agentes de autocuidado:** Se denomina así a los individuos que realizan su propio cuidado.

**Agencia de cuidado dependiente:** Se considera una agencia de cuidado dependiente en situaciones cuando las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Es en fin la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.

**Agencia de enfermería:** Es un término utilizado para describir al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente, por lo que el término se usa en las situaciones en que la enfermera proporciona los cuidados.

**Sistemas de enfermería:** Se refiere al contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. En fin, es la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan.

**Enfermería:** Es un término que se utiliza para referirnos a la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos.

**Diagnóstico de enfermería:** Esto implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. Implica además abordar tanto la demanda de autocuidado actual y futuro, así como la capacidad actual y futura para el autocuidado. El modelo de Orem sigue estrechamente el proceso de enfermería de valoración, planificación, intervención y evaluación. Los detalles teóricos de cómo entiende Orem cada uno de estos procesos necesitan vincularse con su aplicación práctica.

**Factores condicionantes básicos:** son las condiciones o eventos que afectan los valores o formas para cuidarse a uno mismo o a un dependiente, incluye la edad, sexo, sistema familiar, patrón de vida, percepción del estado de salud y adecuación de recursos. Orem (1993) reconoce que mientras algunos factores son más estables (edad, sexo); otros pueden ser dinámicos (estado de salud, disponibilidad y adecuación de recursos).

**Estado de salud percibida:** es la forma como se percibe a la persona con discapacidad en relación a su bienestar.

**Sistema familiar:** Son las relaciones entre la persona con discapacidad y su familia que incluye tiempo necesario para el cuidado y atención.

## **2.4 VARIABLES A INVESTIGAR**

### **Variable independiente**

La capacitación de los agentes de cuidado incide en un cambio positivo sobre el déficit de cuidado de las personas con discapacidad que asisten al Subcentro de Salud Justicia Social del área No. 9 de la ciudad de Guayaquil.

### **Variable dependiente**

El beneficio que tiene la capacitación de los agentes de cuidado para la atención de personas con discapacidad, en los receptores de cuidado.

## **2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

El término variable es un concepto tomado de las matemáticas y significa la propiedad que tienen las personas, los hechos, fenómenos y procesos de tomar ciertos valores cualitativos o cuantitativos, se define como las características o atributos que admiten diferentes valores (D'Ary, Jacobs y Razavieh, 1982) como por ejemplo: la estatura, la edad, el cociente intelectual, la temperatura, el clima, etc. Existen muchas formas de clasificación de las variables, no obstante, para este estudio se clasificaron de acuerdo con el sujeto de estudio y al uso de las mismas.

Dimensión	Indicadores	Escala	
capacidad de atención del cuidador	Conocimientos del proceso de enfermería	20%	<b>Bajo nivel de conocimiento (déficit)</b>
	Conocimiento del plan de tratamiento	40%	
	Ayuda al receptor de cuidado en las actividades de la vida diaria.	60%	
	Soporte emocional al receptor de los cuidados	80%	<b>Medio nivel de conocimiento</b>
	Conocimientos de primeros auxilios	100%	<b>Alto nivel de conocimiento</b>

Dimensión	Indicadores	Escala	
Capacidad de autocuidado	Practica hábitos higiénicos	20%	<b>Bajo nivel de autocuidado (déficit)</b>
	Utiliza habilidades de interacción social	40%	
	Manifiesta autosuficiencia	60%	
	Movilidad propia	80%	<b>Medio nivel de autocuidado</b>
	Sigue las reglas	100%	<b>Alto nivel de autocuidado</b>

## 2.6 INSTRUMENTOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Encuesta “ficha de investigación a los agentes de cuidado”.
- Formato del cuidado de enfermería.

El objetivo de estos instrumentos fue el de recolectar los datos tanto del agente de cuidado, así como determinar el grado del déficit de autocuidado en el que se encuentra inmerso la persona con discapacidad. Estos documentos se encuentran en el anexo 1.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

Es un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos a través de los cuales obtenemos determinadas soluciones a los problemas planteados, por lo que la investigación es un proceso científico, sistemático, lógico y objetivo.

#### **3.1 Diseño de la investigación**

Para el presente se emplearon los métodos de investigación tanto teóricos como empíricos, utilizándose en los primeros principalmente el método deductivo para analizar los problemas y presentar alternativas, dentro del método empírico se utilizó positivamente la recolección de información para análisis a través de encuestas a los familiares de los pacientes con discapacidad, visitas domiciliarias aplicando el formato del cuidado de enfermería y entrevistas a la Directora del subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 del sector Mapasingue en la ciudad de Guayaquil.

#### **Modalidad de la Investigación**

La presente se fundamentó en las siguientes modalidades de investigación:

#### **Investigación de Campo:**

La investigación de Campo según Osvaldo Pacheco Gill, es la que se realiza en el mismo lugar en la que se desarrolla, el contacto con quien son los gestores en los problemas que se investiga, haciendo eco a este concepto nos dirigimos hasta el sector Mapasingue de la ciudad de Guayaquil, lugar donde funciona el Subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 para palpar de cerca la falta de implementación de un sistema de enfermería para agentes de cuidado de las personas con discapacidad que asisten al subcentro.

## **Investigación bibliografía:**

Para la correcta elaboración de este proyecto se ha recopilado datos, basado en el manejo adecuado de libros, revistas, así como de los resultados de otras investigaciones y entrevistas, lo que ha hecho posible una efectiva y correcta investigación.

## **Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo explorativa, porque se aplicó la técnica de la encuesta por lo que se pudo indagar y explorar los problemas que suscitan en el subcentro de salud Justicia Social del área No. 9, siendo en este caso que no existe personal de enfermeras suficiente para brindar atención al personal con discapacidad que asiste al subcentro, siendo los beneficiarios directos las enfermeras, los pacientes y sus familiares. Diagnosticamos el problema fundamental existente para así poder aplicar el método y la técnica apropiada a fin de solucionar el problema.

La investigación explorativa según **Oswaldo Pacheco Gil**, es una especie de sondeo con el cual se alcanza a obtener una idea general muy orientadora de algo que interesa al investigador. Muy útil para formular adecuadamente problemas e hipótesis.

Constituye una investigación preliminar en la que realizamos la observación inmediata del área y de los elementos constitutivos de lo que fuimos a investigar.

El estudio preliminar lo realizamos revisando la documentación con que contamos, toda clase de fuentes bibliográficas. Los contactos directos nos aproximaron al problema y nos da la posibilidad de contar con elementos objetivos.

## **Investigación descriptiva**

Nuestra investigación fue también de tipo descriptiva, ya que a través de ella se han manifestado las personas con discapacidad y sus familiares sobre lo que están expuesto al no tener la atención prioritaria a sus problemas de salud convirtiéndolos en personas vulnerables ante cualquier tipo de enfermedad.

La investigación descriptiva según **Oswaldo Pacheco Gil**, consiste fundamentalmente, en describir un fenómeno o una situación, mediante su estudio. Se caracteriza por enfatizar aspectos cuantitativos y aspectos de categorías bien definidas del fenómeno observado.

La descripción nos ayuda a conocer las características externas del objeto de estudio, puede referirse a personas, hechos, procesos, relaciones naturales y sociales, debe realizarse en un tiempo y lugar determinado con el propósito de reunir argumentos fundamentales para identificar un problema específico.

Por lo general los trabajos descriptivos utilizan los medios estadísticos como auxiliares básicos para la presentación de una situación concreta.

### **3.2 POBLACIÓN**

La población objeto de estudio son 7 pacientes que asisten al Subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 del sector Mapasingue en la ciudad de Guayaquil y sus familiares, por lo que la preocupación general radica en la falta de personal cualificado para formar agentes de cuidado que puedan asistir permanentemente a las personas con discapacidad que asisten al subcentro, descongestionando el flujo de pacientes y brindándoles una mejor calidad de vida.

### **3.3 Instrumento de la Investigación**

**La Encuesta:** Es la técnica que a través de un cuestionario adecuado nos permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella. Se caracteriza porque la persona investigada llena el cuestionario.

Es unas de las técnicas más generalizadas en el área social, económica, política, religiosa, educativa, etc.

Los instrumentos utilizados fueron la encuesta a los agentes de cuidado y el formato del cuidado de enfermería, que fueron aplicados a las personas con discapacidad, que fueron la base para la presente investigación. La encuesta denominada "ficha de investigación a los agentes de cuidado contiene preguntas de tipo cerrado, pero claras y comprensibles en su contenido, procurando no incomodar al encuestado, manteniendo al mismo tiempo una relación lógica con un ordenamiento que no afectará la respuesta de los encuestados. A través de la utilización de este instrumento recopilamos datos que nos permitirá tener un concepto más amplio del problema.

El formato del cuidado de enfermería contiene principalmente el diagnóstico de enfermería, los factores relacionados, características definitorias, indicadores y la escala. Este formato se utilizó para diagnosticar el nivel del déficit de autocuidado existente en las personas con discapacidad objeto del estudio.

### **3.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Para el desarrollo de la propuesta se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes con discapacidad que acuden al subcentro de salud "Justicia Social" del área No. 9 barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, a los que se les aplicó el formato del cuidado de enfermería para conocer, de manera individualizada, si existe déficit de autocuidado en las personas objeto de estudio e implementar la propuesta.

### 3.5 Resultados de la encuesta aplicada a los agentes de cuidado

#### Pregunta No. 1

¿Tiene conocimientos del proceso de enfermería?

ESCALA		
Respuestas		Porcentaje
Tiene conocimientos	0	0%
No conoce nada del tema	7	100%
Total de encuestados	7	100%



#### Interpretación de la pregunta No.1

De acuerdo a la encuesta el total de los agentes de cuidado respondieron que no tienen conocimientos sobre el proceso de enfermería, siendo esto el 100% de los encuestados, concluyendo que los agentes de cuidado no tienen conocimientos sobre los procesos de enfermería.

## **Pregunta No. 2**

**¿Tiene conocimiento del plan de tratamiento?**

<b>ESCALA</b>		
<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje</b>
Tiene conocimientos	3	43%
No conoce nada del tema	4	57%
Total de encuestados	7	100%



### **Interpretación de la pregunta No. 2**

De acuerdo a la encuesta del total de los agentes de cuidado 3 tienen conocimientos sobre el tratamiento, correspondiendo al 43% y 4 no tienen conocimientos sobre el plan de tratamiento siendo esto el 57% de los encuestados, concluyendo que la mayor cantidad de los agentes de cuidado no tienen conocimientos sobre el plan de tratamiento necesario para los receptores de cuidado.

### **Pregunta No. 3**

**¿Ayuda usted al receptor de cuidado en las actividades de la vida diaria?**

<b>ESCALA</b>		
<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje</b>
Si ayuda	5	71%
No ayuda	2	29%
Total de encuestados	7	100%



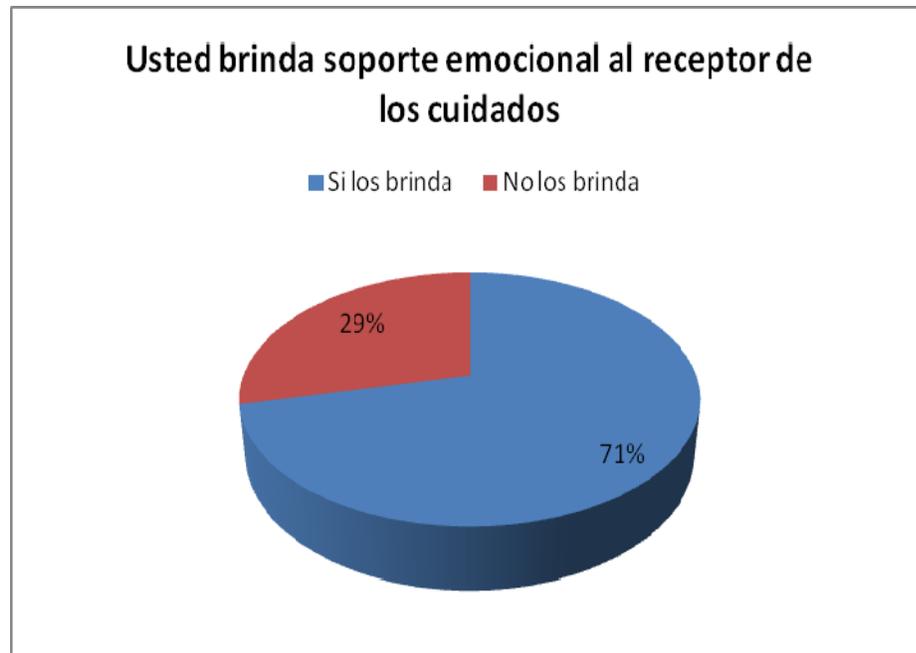
### **Interpretación de la pregunta No. 3**

De acuerdo a la encuesta, del total de los agentes de cuidado 5 si brindan ayuda en las actividades de la vida diaria correspondiendo esto al 71% y 2 no ayudan a los receptores de cuidado en las actividades de la vida diaria reflejando esto el 29% de los encuestados, concluyendo que los agentes de cuidado si tienen interés en ayudar en las actividades de la vida diaria.

#### **Pregunta No. 4**

**¿Usted brinda soporte emocional al receptor de los cuidados?**

<b>ESCALA</b>		
<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje</b>
Si los brinda	5	71%
No los brinda	2	29%
Total de encuestados	7	100%



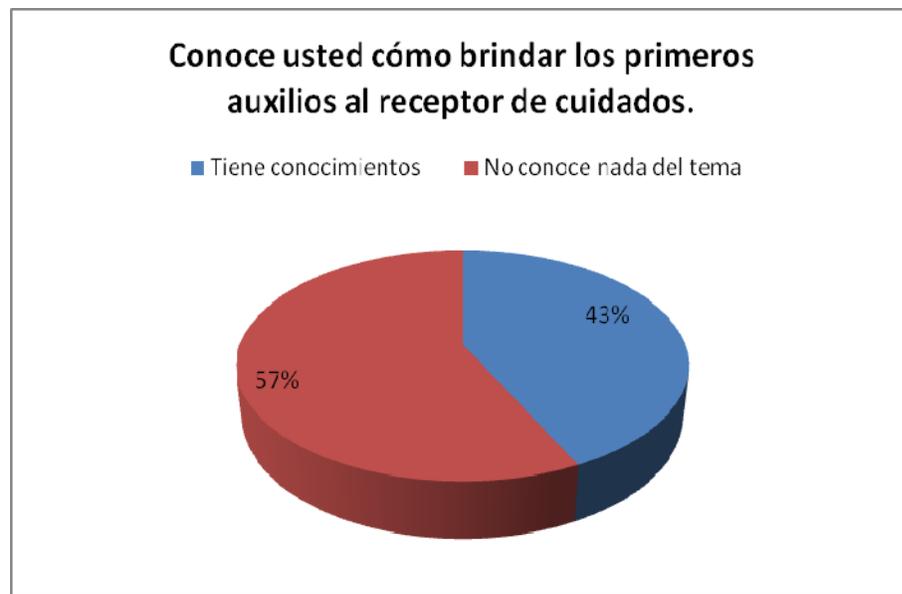
#### **Interpretación de la pregunta No. 4**

De acuerdo a la encuesta, del total de los agentes de cuidado 5 si brindan soporte emocional a los receptores de cuidado correspondiendo esto al 71% y 2 no brindan soporte emocional a los receptores de cuidado reflejando esto el 29% de los encuestados, concluyendo que los agentes de cuidado si se preocupan por la parte emocional de las personas con discapacidad, pero no tienen conocimientos del tema.

### **Pregunta No. 5**

**¿Conoce usted cómo brindar los primeros auxilios al receptor de cuidados?**

<b>ESCALA</b>		
<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje</b>
Tiene conocimientos	3	43%
No conoce nada del tema	4	57%
Total encuestados	7	100%



### **Interpretación de la pregunta No. 5**

De acuerdo a la encuesta, del total de los agentes de cuidado 3 tienen conocimientos de primeros auxilios correspondiendo esto al 43% y 4 no tienen conocimientos sobre cómo brindar los primeros auxilios a las personas bajo su cuidado reflejando esto el 57% de los encuestados, concluyendo que el mayor porcentaje de los agentes de cuidado no conoce sobre acciones de primeros auxilios.

### 3.6 Resultados de la aplicación del formato del cuidado de enfermería

#### Paciente No. 1

**TABLA DE PONDERACIÓN**

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
Bajo nivel de autocuidado	20%	1	Inadecuado
	40%	2	Ligeramente adecuado
	60%	3	Moderadamente adecuado
Medio nivel de autocuidado	80%	4	Sustancialmente adecuado
Alto nivel de autocuidado	100%	5	Completamente adecuado



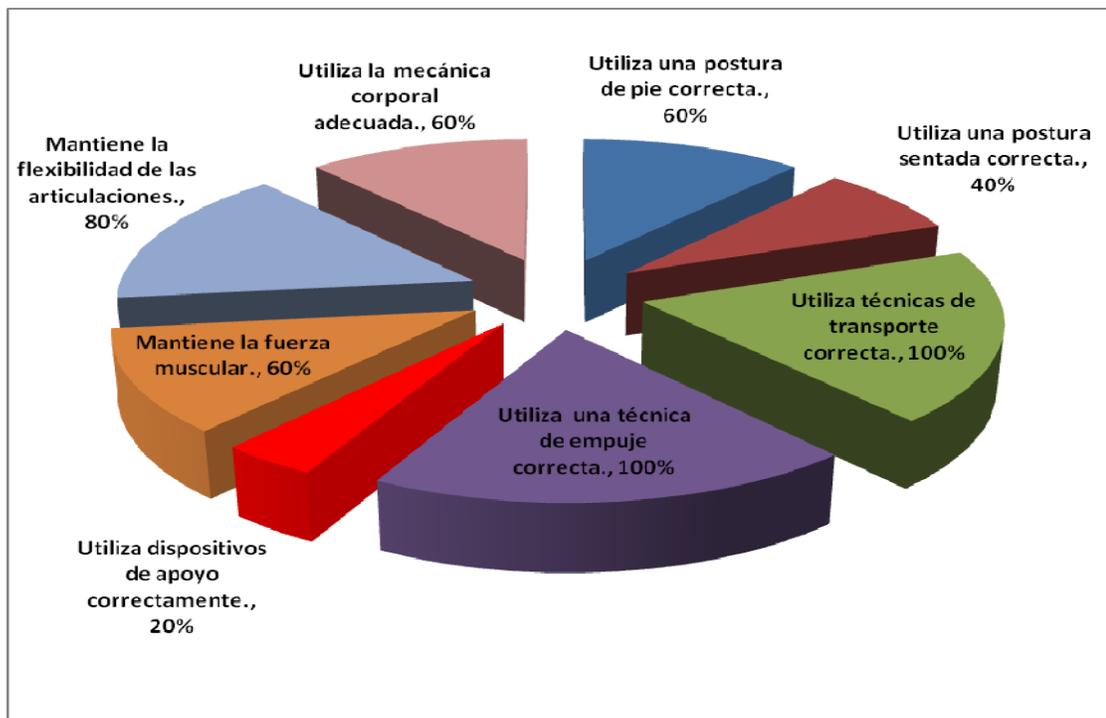
#### **Interpretación del diagnóstico del paciente No.1**

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 1 tiene un porcentaje de menos el 80% en autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

## Paciente No. 2

### TABLA DE PONDERACIÓN

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
<b>Bajo nivel de autocuidado</b>	20%	1	Nunca demostrado
	40%	2	Rara vez demostrado
	60%	3	A veces demostrado
<b>Medio nivel de autocuidado</b>	80%	4	Frecuentemente demostrado
<b>Alto nivel de autocuidado</b>	100%	5	Siempre demostrado



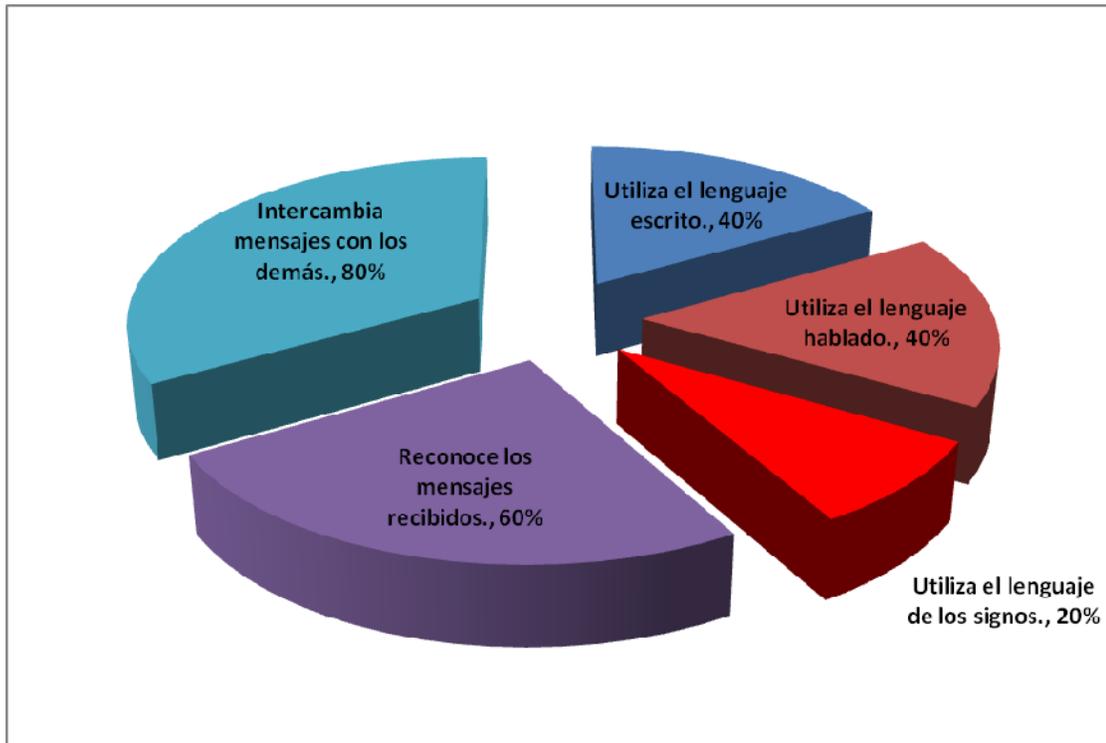
### Interpretación del diagnóstico del paciente No. 2

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 2 tiene un porcentaje de 100% en técnicas de transporte y empuje, pero menos el 80% en la mayoría de los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

### Paciente No. 3

**TABLA DE PONDERACIÓN**

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
Bajo nivel de autocuidado	20%	1	Gravemente comprometido
	40%	2	Sustancialmente comprometido
	60%	3	Moderadamente comprometido
Medio nivel de autocuidado	80%	4	Levemente comprometido
Alto nivel de autocuidado	100%	5	No comprometido



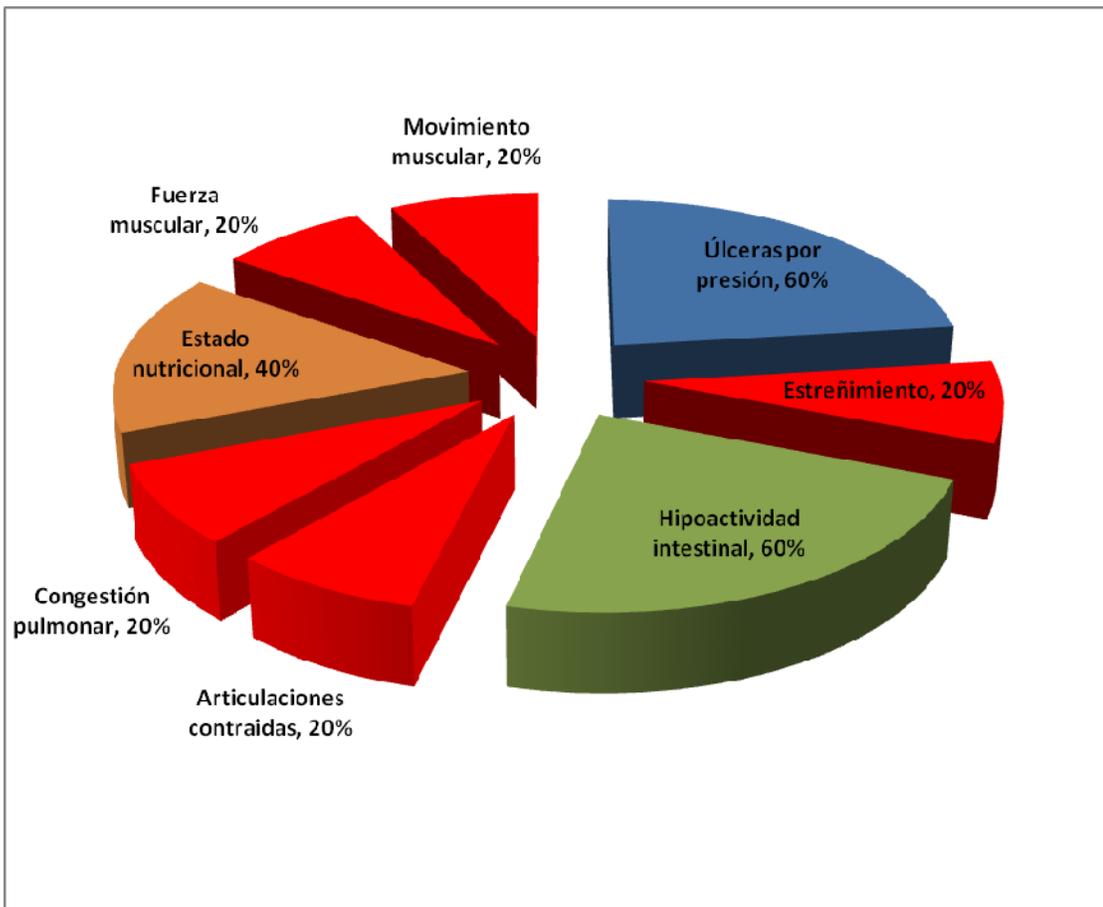
### **Interpretación del diagnóstico del paciente No.3**

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 3 tiene un porcentaje menor al 80% en la mayoría de los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

**Paciente No. 4**

**TABLA DE PONDERACIÓN**

<b>DEFICIT DE AUTOCUIDADO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>		
<b>Bajo nivel de autocuidado</b>	20%	1	<b>Grave</b>
	40%	2	<b>Sustancial</b>
	60%	3	<b>Moderado</b>
<b>Medio nivel de autocuidado</b>	80%	4	<b>Leve</b>
<b>Alto nivel de autocuidado</b>	100%	5	<b>Ninguno</b>



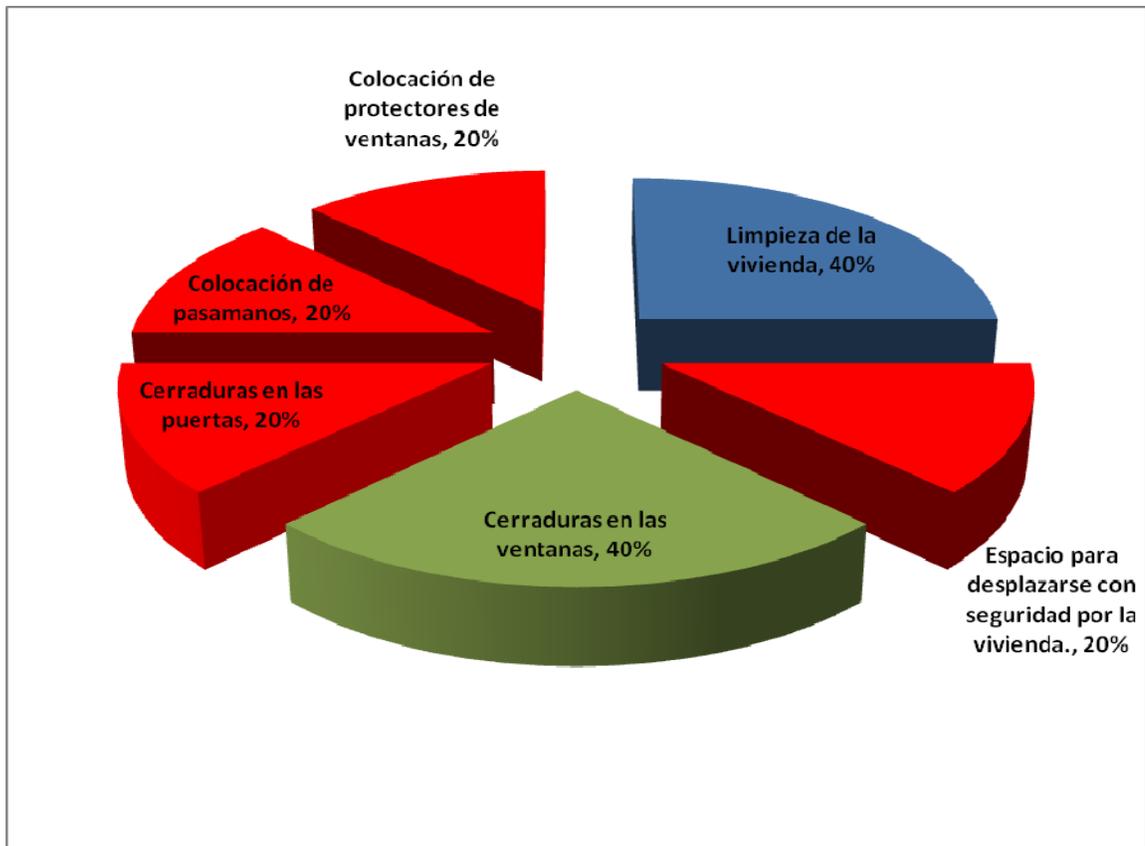
**Interpretación del diagnóstico del paciente No.4**

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente tiene un porcentaje menos del 60% en la mayoría de los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

## Paciente No. 5

### TABLA DE PONDERACIÓN

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
Bajo nivel de autocuidado	20%	1	Inadecuado
	40%	2	Ligeramente adecuado
	60%	3	Moderadamente adecuado
Medio nivel de autocuidado	80%	4	Sustancialmente adecuado
Alto nivel de autocuidado	100%	5	Completamente adecuado



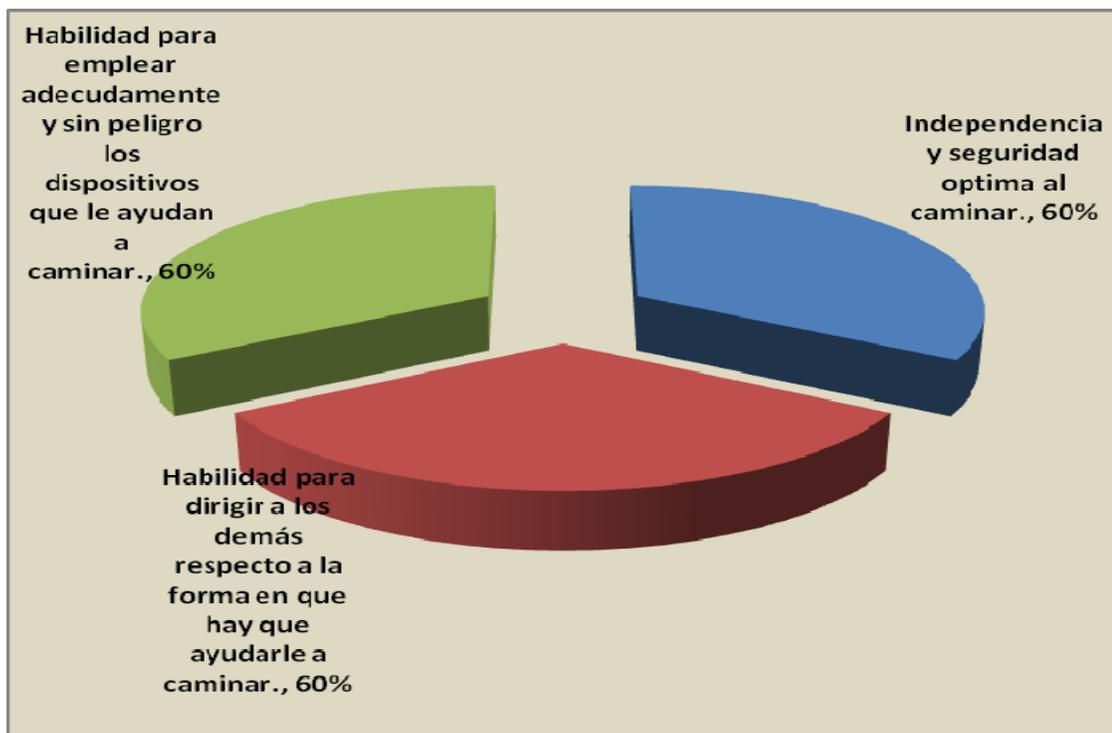
### Interpretación del diagnóstico del paciente No. 5

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 5 tiene un porcentaje menos del 40% en la mayoría de los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

## Paciente No. 6

### TABLA DE PONDERACIÓN

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
Bajo nivel de autocuidado	20%	1	Gravemente comprometido
	40%	2	Sustancialmente comprometido
	60%	3	Moderadamente comprometido
Medio nivel de autocuidado	80%	4	Levemente comprometido
Alto nivel de autocuidado	100%	5	No comprometido



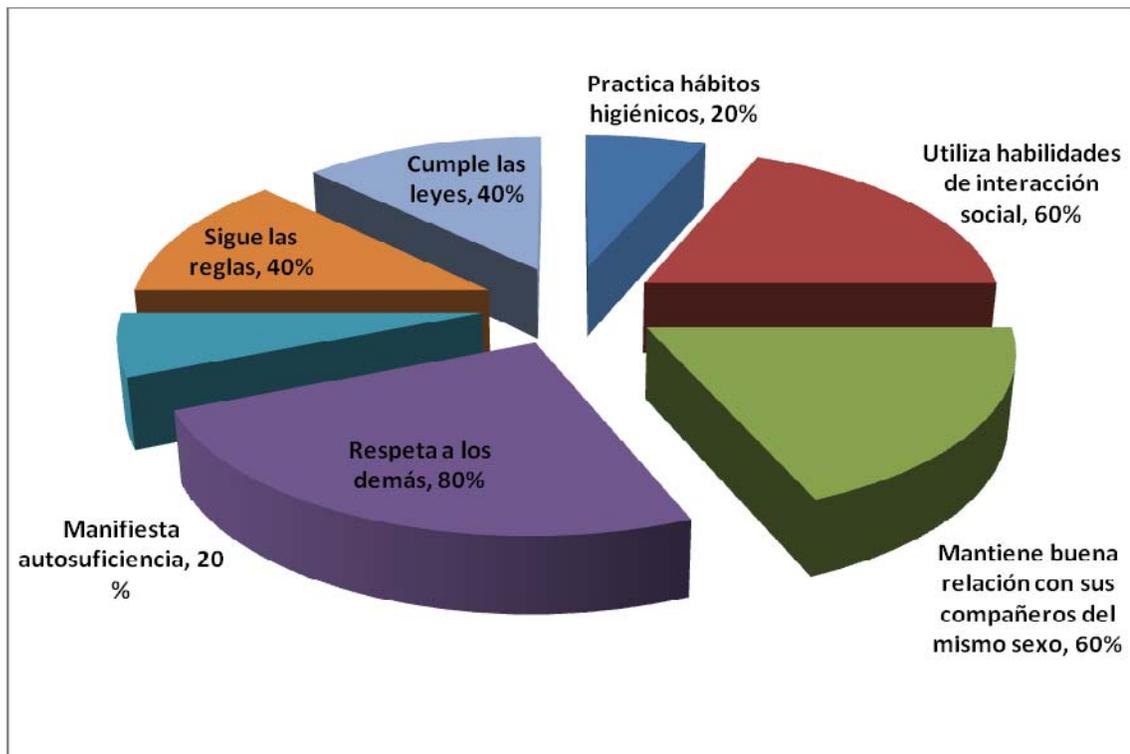
### Interpretación del diagnóstico del paciente No. 6

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 6 tiene un porcentaje que no supera el 60% en los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

## Paciente No. 7

### TABLA DE PONDERACIÓN

DEFICIT DE AUTOCUIDADO	ESCALA DE MEDICIÓN		
Bajo nivel de autocuidado	20%	1	Nunca demostrado
	40%	2	Rara vez demostrado
	60%	3	Aveces demostrado
Medio nivel de autocuidado	80%	4	Frecuentemente demostrado
Alto nivel de autocuidado	100%	5	Siempre demostrado



### Interpretación del diagnóstico del paciente No. 7

De acuerdo a la aplicación de la ficha del cuidado de enfermería el paciente No. 7 tiene un porcentaje que no supera el 80% en los indicadores de autocuidado, resultando un nivel bajo que determina un déficit de autocuidado.

## **CONCLUSIONES**

1. Los cuidadores permanentes de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud “Justicia Social” del área No. 9, barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, no están capacitados para atender adecuadamente a las personas que están bajo su cuidado.
2. En el subcentro de salud Justicia Social no existe suficiente recurso humano para dedicarse a la capacitación de las personas que tienen bajo su cuidado a este grupo vulnerable de la sociedad.
3. Las personas con discapacidad del barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil no tienen un nivel de autocuidado aceptable para mejorar su condición de vida.

## **RECOMENDACIONES**

1. Capacitar a los cuidadores permanentes de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud “Justicia Social” del área No. 9 barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil, transformándolos en agentes de cuidado que generen protección y contribuyan a mejorar la condición de vida de las personas con discapacidad.
2. El Director del subcentro de salud debe gestionar ante el Ministerio de Salud Pública la designación de enfermeras que cubran las necesidades en atención a personas con discapacidades.
3. Reducir el nivel de vulnerabilidad de las personas con discapacidades a través de la creación de una agencia de cuidado en el subcentro de salud Justicia Social de la ciudad de Guayaquil.

## **BIBLIOGRAFÍA**

MARRINER TOMEY, (2007), Modelos y teorías de Enfermería. 6ª. Edición. Elsevier España.

OREM DOROTEA, (1993), Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona.

GUILLAMAS, E. GUTTIERREZ, (2006), Técnicas básicas de Enfermería. Editex. México.

JUALL CARPENITO L, (2002), Diagnostico de Enfermería. 9ª. Edición. Mc GrawHill. España.

FERNANDEZ, C. NOVEL M, (1993), El Proceso de Atención de Enfermería: estudio de casos. Editorial Masson.

CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACITADOS (CONADIS), "II Plan Nacional de Discapacidades", Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, Noviembre 2005, p. 13.

MALDONADO, S. (2005), "¿Exclusión o Discriminación? El Caso de las Personas con Discapacidad en el Mercado Laboral Peruano", Observatorio de la Economía Latinoamericana, pp.14.

GROCE N., GANNOTTI M. (2008), "Marginados de la sociedad: los discapacitados de América Latina", The International Development Research Centre, pp. 18-20.

ESCOBAR, Guillermo (2008), "Situación de las Personas con Discapacidad en Iberoamérica", Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO), p.53.

MORENO, Lenin (2007), "Programa Ecuador sin Barreras", Vicepresidencia de la República del Ecuador, disponible en:

<http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas>.

## **II PARTE**

### **LA PROPUESTA**

#### **ANTECEDENTES**

El Ecuador ha posicionado su imagen en el mundo con proyectos como el de la Misión Solidaria Manuela Espejo, dirigido específicamente hacia las personas con discapacidades, encendiendo una luz alentadora con las políticas y acciones destinadas a mejorar efectivamente las condiciones de vida de estas personas, reconociendo en la Constitución de la República del Ecuador a las personas con discapacidades como un grupo de atención prioritaria, elevando a política de estado el 23 de mayo del 2007 la atención y prevención de la discapacidad.

Con estos antecedentes que han llamado la atención en la mayoría de países del mundo y siendo que la comunidad es el lugar donde se promueven acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad se visitó el subcentro de salud “Justicia Social” del área No. 9 barrio Mapasingue de la ciudad de Guayaquil; donde la preocupación principal del personal de salud es promover hábitos de salud y cuidados especiales adecuados para las personas con discapacidad que acuden al subcentro. Particular que no podrá realizarse si no se capacita a quienes están encargadas del cuidado de las personas con discapacidad por lo que surge la necesidad de crear una agencia de autocuidado que estructure un sistema de enfermería orientado a la formación de agentes de cuidado, con entrenamiento para determinación del déficit de autocuidado para las personas con discapacidad, de forma que el elemento humano sea generador y promotor de una cultura de capacitación para la atención de personas con discapacidades, contribuyendo a la integración social, potenciando así un cambio de actitud que conduzca a la valoración social y necesidad de protección de este grupo vulnerable.

## **RESULTADOS DE ESTUDIO**

Durante la investigación se revisaron datos estadísticos, estudios realizados y antecedentes sobre la problemática de las personas con discapacidad en el Ecuador, el panorama es alentador por las iniciativas del actual Gobierno para disminuir el nivel de vulnerabilidad de este grupo de la sociedad, sin embargo el resultado de este estudio demuestra que queda mucho por hacer, ya que un alto porcentaje de las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud “Justicia Social” del área No. 9 del barrio Mapasingue de la ciudad de Guayaquil presenta déficit de autocuidado y se acrecienta la situación por la falta de capacitación de los familiares que han asumido la noble tarea de cuidarlos permanentemente, por ello es importante esta propuesta, porque obedece a la necesidad imperante de atender este grupo de personas que necesitan mejorar su nivel de vida.

### **Objetivo de la Propuesta**

Diseñar un programa de capacitación para los agentes de cuidado de las personas con discapacidades que asisten al subcentro de salud Justicia Social del área No. 9 del barrio Mapasingue Este de la ciudad de Guayaquil.

### **Objetivos Específicos**

- Formar agentes de cuidado que manejen conceptos básicos de cuidados para personas con discapacidades, que otorguen continuidad a las indicaciones dadas por los profesionales de la salud y mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad y su familia, promoviendo la integración y participación activa en su comunidad.
- Analizar los factores que afectan la realización de las tareas de la vida diaria de las personas con discapacidad.

- Evaluar las habilidades y las capacidades que posee la persona con discapacidad y el ambiente en el cual se desenvuelve.

Así, el cuidador deberá alcanzar y reunir unas cualidades tales como:

- Tener sensibilidad por las realidades sociales.
- Tener empatía con la persona mayor y con la persona con discapacidad física y/o psíquica.
- Actitud de escucha y comprensión, siempre cuidando la autonomía.
- Realizar un acompañamiento con una actitud proactiva e iniciativa.
- Saber guardar discreción respecto de las situaciones personales del asistido.
- Favorecer constantemente la autonomía personal y autoestima del usuario.
- Capacidad de trabajo en equipo, para aceptar directivas y para interactuar con familias.
- Asumir la responsabilidad que conlleva las tareas del cuidado, sin olvidar la importancia de realizarlas con absoluta puntualidad y corrección.
- Capacidad de adaptación, equilibrio y serenidad para hacer frente a situaciones límites y conflictivas de manera ponderada y correcta.
- Tener respeto por la intimidad, pudor y privacidad de la persona con pérdida de autonomía y discapacidad.
- Ser tolerante y equilibrado ante situaciones de frustración personal en caso de alejamiento, institucionalización, empeoramiento de la discapacidad o muerte del asistido.

## **GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA LOS AGENTES DE CUIDADO**

### **Guía de actividades de la vida diaria (A.V.D.)**

¿Por qué es importante estimular las A.V.D?

Las personas en su vida cotidiana realizan distintos tipos de actividades, desde las más básicas como alimentarse, bañarse, vestirse a algunas más complejas como cocinar, hacer el aseo, etc., lo que permite cumplir con funciones normales de la vida y ser parte de la sociedad en forma integrada.

Cuando una persona tiene una discapacidad no puede realizar estas actividades, ya sea parcial o totalmente, por lo que cobran un gran significado pues tendrá que recurrir a otros para mantener la alimentación, aseo, higiene, o simplemente para ir al baño. Es por esto que usted debe tomar conciencia de la importancia que tiene como cuidador y como ayuda para que la persona con discapacidad pueda lograr la mayor independencia posible en las Actividades de la Vida Cotidiana (AVD), contribuyendo a un gran objetivo: “mejorar calidad de vida de las personas con discapacidad”.

Esta guía le permitirá conocer las acciones que usted puede realizar, le muestra distintas herramientas que puede utilizar, métodos y adaptaciones, para que ellos puedan participar y ser más activos en la ejecución de sus tareas diarias; y que puedan tomar mayor control de sus propias vidas, y logren sentirse personas independientes.

¿Qué son las A.V.D.?

Las actividades de la vida diaria (AVD) son todas aquellas acciones que se realizan en forma cotidiana, para funcionar adecuadamente en la vida, estas permiten ser personas integradas y aceptadas en la comunidad.

Las principales Actividades de la Vida Diaria son:

- Alimentarse.
- Bañarse.
- Lavarse cara y manos.
- Ir al baño.
- Vestirse.
- Trasladarse.
- Aseo y limpieza del hogar.

¿Qué puede hacer el cuidador para ayudar?

- Observar  
¿Cómo las personas con discapacidad realizan las AVD?
- Situar  
La ejecución de las AVD dentro del ambiente habitual de la persona con discapacidad.
- Analizar  
Los factores que afectan la realización de las tareas de la vida diaria. Se debe tomar en cuenta los elementos propios de la enfermedad o discapacidad y de la personalidad del individuo.
- Evaluar  
Las habilidades y las capacidades que posee la persona con discapacidad y el ambiente en el cual se desenvuelve.
- Comprender  
La discapacidad o trastorno físico, psicológico y/o social que afecte a la persona con discapacidad en el desempeño de sus AVD.

En el marco de esta propuesta y ante la necesidad de crear una agencia de cuidado para las personas con discapacidad de tener más herramientas para estimulación e integración de estos en su comunidad, se implementó la capacitación en cuidados básicos, cuyo objetivo es formar cuidadores que manejen conceptos básicos de cuidados que otorguen continuidad a las indicaciones dadas por los profesionales y mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad y su familia, promoviendo la integración y participación activa en su comunidad.

La formación de recursos humanos cuidadores de personas con discapacidad constituye también una oportunidad para la generación de fuentes de empleo así como para la formalización de empleo en este campo. Por otra parte constituye además una forma de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad puesto que ello se vincula mucho con la calidad de los cuidados que reciben.

La adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas para cuidar a personas con discapacidad es sobre todo un aprendizaje por experiencia supervisado. Importa pues una adecuada ponderación entre contenidos teóricos y prácticos, en Ecuador se carece de normas que regulen tanto la actividad como la formación básica de los recursos humanos cuidadores permanentes, de ahí la importancia de establecer una currícula básica y homogénea en este campo.

El cuidador tiene por función esencial el desarrollo de la asistencia y apoyo en la vida cotidiana de la personas con pérdida de autonomía y discapacidad; sus responsabilidades se relacionan con la higiene, la movilidad, el confort, la administración de alimentos, la medicación y técnicas bajo indicación expresa de profesionales, acciones preventivas y de promoción de salud.

Dentro de las tareas que desarrollará tanto en el ámbito domiciliario como institucional y en las que deberá tener – adquirir competencia se incluyen:

- El acompañamiento, asesoramiento y apoyo en las actividades de la vida diaria, según las necesidades del usuario.

- La administración de medicación vía oral o de uso externo prescrita por profesionales.
- La higiene corporal y el baño, el arreglo personal y la vestimenta.
- La alimentación supervisada y la alimentación asistida.
- La movilización, la asistencia en la movilidad y en las transferencias.
- Detección de factores de riesgo de accidentes en el hogar e instituciones y desarrollo de acciones preventivas.
- Comunicar a la familia y al equipo de atención los cambios que surjan en la situación global del cuidado – asistido.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a las posibilidades en el hogar y en el marco de programas de intervención en instituciones.
- Actividades de promoción de la salud.

Todo ello se desarrollará desde un marco ético, un entorno de respeto por las convicciones personales, las creencias religiosas y morales de la persona cuidada.

## CLASES PRÁCTICAS Y CARGAS HORARIAS

TEMA	CONTENIDOS	CARGA HORARIA
Mantenimiento de la unidad y mobiliario del paciente.	El tendido de la cama. Descripción. Demostración	2 horas
Higiene corporal.	Higiene y cuidado de la piel. Observación e inspección. Revisión de lesiones. El baño supervisado. El baño asistido y el baño en cama. Descripción y demostración. Higiene de pies. Corte de uñas. Descripción y demostración.	10 horas
El vestido.	El vestido supervisado y el vestido asistido. Demostración	3 horas
Higiene bucal.	Higiene y mantenimiento de la prótesis dentaria. Demostración	4 horas
Movilización y transferencias	Movilización asistida en cama. Traslados. Levantamiento, acostado. Enderezamiento, sentado. Levantamiento sentado/de pie. Transferencia cama – silla y silla - cama. Ascenso y descenso de escaleras. Demostración de las técnicas.	10 horas

	<p><b>Ayudas técnicas y mecanizadas para la movilización de pacientes.</b></p> <p><b>Auxiliares y sustitutos de la marcha, (bastones, andadores).</b></p> <p><b>Demostración del uso adecuado de la silla de ruedas.</b></p> <p><b>Traslado independiente.</b></p> <p><b>Traslado dependiente.</b></p> <p><b>Recomendaciones.</b></p> <p><b>Demostración</b></p>	
<b>Hidratación asistida.</b>	<p><b>Alimentación supervisada y alimentación asistida, postura del paciente.</b></p> <p><b>Alimentación del paciente con demencia.</b></p> <p><b>Descripción y demostración.</b></p>	<b>4 horas</b>
<b>Primeros auxilios.</b>	<p><b>Atragantamiento.</b></p> <p><b>Maniobra de Heimlich.</b></p> <p><b>Demostración práctica con participantes.</b></p> <p><b>Reanimación cardio pulmonar básica.</b></p> <p><b>Demostración práctica.</b></p>	<b>4 horas</b>
<b>Actividades de la vida diaria (A.V.D.)</b>	<p><b>Qué son las AVD</b></p> <p><b>Actividades principales de la vida diaria.</b></p> <p><b>Que puede hacer el cuidador.</b></p>	<b>3 horas</b>
	<b>Carga horaria total de la capacitación</b>	<b>40 horas</b>

**ANEXOS**

## **ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los cuidados especiales para las personas con discapacidad que acuden al subcentro de salud Justicia Social área No. 9 del barrio Mapasingue Este, en la ciudad de Guayaquil.

Esta investigación es realizada por Glenda Gisell Quiroz Paredes y Margarita Etelvina Valdez Espinel, estudiantes de pregrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil.

Se le solicita que si esta de acuerdo en contestar las preguntas relacionadas a la investigación, usted debe firmar el presente documento, que constituye el consentimiento informado de la presente aplicación.

Es conforme

-----

**Ficha de investigación a los agentes de cuidado**

				No. Ficha	
<b>Fecha de la visita</b>					
<b>Datos del paciente:</b>					
Nombre del paciente				Edad	
Dirección					
Discapacidad				porcentaje	
Carnet CONADIS			Escolaridad		
Diagnostico Médico					
Recibe bono	si			no	
Trabaja	si			no	
Nivel de cuidado necesario	Bajo (Déficit de autocuidado)		Medio		Alto
Nivel socioeconómico					
	Bajo		Medio		Alto

<b>Datos del Cuidador</b>					
Nombre del cuidador				Edad	
Nivel de educación	Primaria		Secundaria		Superior
	Ninguna		Otro		
<b>Orientación para el cuidado del paciente</b>					
Conocimientos del proceso de enfermería	Si conoce				No conoce
Conocimiento del plan de tratamiento	Si conoce				No conoce
Ayuda al receptor de cuidado en las actividades de la vida diaria.	Si ayuda				No ayuda
Soporte emocional al receptor de los cuidados	Si brinda soporte				No brinda soporte
Conocimientos de primeros auxilios	Si conoce				No conoce

Actividad laboral	si			no	
Ingreso económico					

<b>Datos de la vivienda</b>					
Servicios básicos:	agua		luz		
	alcantarillado		teléfono		
Integrantes de la familia					

Agente de cuidado

Agente de enfermería

Nombre

Nombre

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
 ESCUELA DE ENFERMERÍA

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**DIAGNÓSTICO MÉDICO**

**FECHA:**

**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/ EVALUACIÓN
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS					

# **ANEXO 1**

- **Fichas de investigación a los agentes de cuidado**
- **Planes de cuidados**

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:**

Andy Luis Barreto Chilán

**EDAD:**

14 años

**DIAGNÓSTICO MÉDICO**

PCI

**FECHA:**

27 de marzo del 2013

**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/ EVALUACIÓN	
Retraso en el crecimiento y desarrollo. Dominio 13: Crecimiento/desarrollo Clase 1: Crecimiento Definición: Desviaciones de las normas para el grupo de edad	Desarrollo infantil: Adolescencia  Dominio: Salud funcional Clase: Crecimiento y desarrollo			Crear una relación de confianza con el adolescente y sus tutores.	El joven se encuentra en su domicilio, rara vez práctica hábitos de higiene con ayuda de su cuidadora, manifiesta autosuficiencia.	
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
Efectos de la incapacidad física, deficiencias ambientales, deficiencias de estimulación.	Practica hábitos higiénicos	20%	1	Nunca demostrado		Crear una relación de confianza con el adolescente y sus tutores.
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Utiliza habilidades de interacción social	60%	3	Aveces demostrado		Favorecer la participación en ejercicios seguros.
Retraso en realizar las habilidades típicas de su grupo de edad, dificultad para realizar las habilidades, incapacidad para realizar las actividades de autocuidado y las actividades de autocontrol propias de su edad.	Mantiene buena relación con sus compañeros del mismo sexo	60%	3	Aveces demostrado		Fomentar una dieta saludable.
	Respeto a los demás	80%	4			Promover las habilidades comunicativas.
	Manifiesta autosuficiencia	20%	1	Nunca demostrado		Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.
	Sigue las reglas	40%	2	Raramente demostrado		Fomentar la eficacia de los padres de los adolescentes.
	Cumple las leyes	40%	2	Raramente demostrado		
		100%	5			

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN****NOMBRE:** Jairo Mauro Choez Chiquito**EDAD:** 22 años**DIAGNÓSTICO****MÉDICO** Discapacidad Intelectual**FECHA:** 27 de marzo del 2013**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Deterioro parenteral Dominio 7: Rol/relaciones Clase 1: Roles de cuidado Definición: Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.		Rendimiento del cuidador principal: Cuidador directo Dominio: Salud familiar Clase: Ejecución del cuidador familiar		Manejo de la conducta: Hiperactividad/falta de atención		Paciente al momento de la visita lo encontramos solo, al cuidado de la Tía. El ambiente en el que se encuentra está en condiciones deplorables, la vivienda no cuenta con los servicios básicos.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN		ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
Retraso en el desarrollo	Conocimientos del proceso de enfermedad	60%	3	Moderadamente adecuado	Propiciar un ambiente estructurado y físicamente seguro.	
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>	Conocimiento de plan de tratamiento.	40%	2	Ligeramente adecuado	Desarrollar un plan de control de la conducta que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores.	
falta de desarrollo adecuado, desarrollo cognitivo inadecuado, mantenimiento inapropiado de la salud del niño, entorno doméstico inseguro.	Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria.	60%	3	Moderadamente adecuado	Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del paciente.	
	Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados.	80%	4	Sustancialmente adecuado	Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio de tiempo estructurado.	
		100%	5	Completamente adecuado	Facilitar la capacidad de adaptación de la familia mediante grupo de apoyo, cuidados y consejo familiar.	

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:** Luis Monserrate Moreno Gómez      **EDAD:** 80 años  
**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Discapacidad Intelectual      **FECHA:** 27 de marzo del 2013

**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Deterioro de la movilidad física. Dominio 4: Actividad/reposo Clase 2: Actividad/ejercicio Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.		Rendimiento de los mecanismos corporales.			Potenciación de la socialización.	Paciente adulto mayor, se encuentra al cuidado de su hija, se moviliza en silla postural, requiere de ayuda para realizar sus actividades diarias.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	Escala de medición			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
Intolerancia a la actividad, deterioro del estado físico, falta de apoyos ambientales, deterioro musculo esquelético.	Utiliza una postura de pie correcta.	60%	3	Aveces demostrado	Fomentar las actividades sociales y comunitarias.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Utiliza una postura sentada correcta.	40%	2	Rara vez demostrado	Fomentar la participación en grupo y/o actividades.	
Dificultad para guiarse, limitación de la capacidad para las habilidades motoras, inestabilidad postural, movimientos descordinados.	Utiliza técnicas de transporte correcta.	100%	5	Siempre demostrado	Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.	
	Utiliza una técnica de empuje correcta.	100%	5	Siempre demostrado	Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación.	
	Utiliza dispositivos de apoyo correctamente.	20%	1	Nunca demostrado	Animar al paciente a cambiar de ambiente.	
	Mantiene la fuerza muscular.	60%	3	Aveces demostrado	Fomentar la planificación de actividades especiales.	
	Mantiene la flexibilidad de las articulaciones.	80%	4	Frecuentemente demostrado		
	Utiliza la mecánica corporal adecuada.	60%	3	Aveces demostrado		

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:** Mayra Alexandra Pihuave González      **EDAD:** 22 años  
**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Discapacidad Intelectual      **FECHA:** 28 de marzo del 2013

**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Deterioro de la comunicación verbal. Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 5: Comunicación Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.		Comunicación			Mejorar la comunicación: Déficit de habla	Paciente de sexo femenino se encuentra con deterioro en su salud al verse afectada con malestar general por los síntomas de la gripe, hermana refiere que si la hace atender en el sub centro.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	Escala de medición			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
Defecto anatómico, diferencias relacionadas con la edad de desarrollo.	Utiliza el lenguaje escrito.	40%	2	Sustancialmente comprometido	Fomentar las actividades sociales y comunitarias.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Utiliza el lenguaje hablado.	40%	2	Sustancialmente comprometido	Fomentar la participación en grupo y/o actividades.	
No poder hablar, dificultad para usar las expresiones corporales, verbalización inapropiada, mala articulación.	Utiliza el lenguaje de los signos.	20%	1	Gravemente comprometido	Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.	
	Reconoce los mensajes recibidos.	60%	3	Moderadamente comprometido	Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación.	
	Intercambia mensajes con los demás.	80%	4	Levemente comprometido	Animar al paciente a cambiar de ambiente.	
			100%	5	No comprometido	Fomentar la planificación de actividades especiales.

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN****NOMBRE:** Beatriz Leonor Prieto Mise**EDAD:** 27 años**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Discapacidad Intelectual**FECHA:** 28 de marzo del 2013**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Riesgo de espiración Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronqueal las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.		Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas			Precauciones para evitar la espiración	Paciente al momento de la visita se encuentra en cama acompañado por la mamá. Ella refiere que la paciente presenta una gripe y que trata de dar medicación para su pronta recuperación.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	Escala de medición			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
Deterioro de la deglución, situación que dificulta la elevación de la parte superior del cuerpo.	Úlceras por presión	60%	3	Moderado	Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.	
	Estreñimiento	20%	1	Grave		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Hipoactividad intestinal	60%	3	Moderado	Controlar el estado pulmonar	
	Articulaciones contraídas	20%	1	Grave	Colocar vertical a 90 grados o los más incorporado posible.	
	Congestión pulmonar	20%	1	Grave	Alimentación en pequeñas cantidades	
	Estado nutricional	40%	2	Sustancial	Trocear los alimentos en porciones pequeñas	
	Fuerza muscular	20%	1	Grave		
	Movimiento muscular	20%	1	Grave		
		100%	5	Ninguno		

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE:** Ángel Ramiro Aguilar Arguello **EDAD:** 6 años  
**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Discapacidad Intelectual **FECHA:** 28 de marzo del 2013

**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Riesgo de caídas Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física Definición: Aumento de susceptibilidad a las caídas que puedan causar daño físico.		Ambiente seguro del hogar			Prevención de caídas	Paciente se encontraba en compañía de su mamá, ella manifiesta tener mucho cuidado al movilizarlo pues el niño presenta discapacidad en una de sus extremidades inferiores y además el espacio físico es inadecuado.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	Escala de medición		ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
Falta de barandilla protectora en la escalera, dificultad en la marcha, problemas en los pies, dificultades auditivas.	Limpieza de la vivienda	40%	2	Ligeramente adecuado	Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente, que puedan aumentar la posibilidad de caídas.	
	Espacio para desplazarse con seguridad por la vivienda.	20%	1	Inadecuado		
	Cerraduras en las ventanas	40%	2	Ligeramente adecuado	Identificar las características del ambiente.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Cerraduras en las puertas	20%	1	Inadecuado	Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoya brazos para traslado más sencillo	
Deterioro de la movilidad física	Colocación de pasamanos	20%	1	Inadecuado	Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico.	
	Colocación de protectores de ventanas	20%	1	Inadecuado	Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.	
		100%	5	Completamente adecuado		

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN****NOMBRE:** Carlos Guillermo Choez Tigua**EDAD:** 24 años**DIAGNÓSTICO MÉDICO** Artrosis**FECHA:** 28 de marzo del 2013**FORMATO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA			INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIÓN/EVALUACIÓN
Deterioro de la deambulación		Nivel de la movilidad			Ayuda en los autocuidados	Paciente al momento de la visita se encontraba solo al cuidado de la tía en condiciones deplorables y refiere que no reciben el bono de Gallegos Lara.
FACTORES RELACIONADOS	INDICADORES	Escala de medición			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
Intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo neuromuscular y musculoesquelético.	Independencia y seguridad optima al caminar.	60%	3	Sustancialmente comprometido	Reforzar la enseñanza para deambular y sugerir interconsulta con fisioterapia.	
	Habilidad para dirigir a los demás respecto a la forma en que hay que ayudarle a caminar.	60%	3	Sustancialmente comprometido	Explicar la movilización progresiva.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Habilidad para emplear adecuadamente y sin peligro los dispositivos que le ayudan a caminar.	60%	3	Sustancialmente comprometido	Ayudar al usuario a aplicarse adecuadamente los dispositivos antes de caminar	
Deterioro de la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria.					Vigilar la tolerancia que presenta el usuario ante la marcha	
		100%	5	No comprometido		

# **ANEXO 2**

---

**Registro fotográfico**

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



## VISITAS A LA COMUNIDAD



**Visitas a los pacientes con discapacidad para aplicación del formato del cuidado de enfermería y encuesta**

