



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**Tesis previa a la obtención del título de licenciatura en
Terapia Física Médica**

TEMA:

**“CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL
CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO
2014”**

AUTORES:

**GARCÍA MOREIRA XAVIER EFRAÍN
TASIGUANO GUAÑUNA JOSÉ LUIS**

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Marcela Baquero MSc.

IBARRA- ECUADOR

2015



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determino la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:	1714426119		
APELLIDOS Y NOMBRES:	GARCÍA MOREIRA XAVIER EFRAÍN		
DIRECCION :	Direccion Urb. San José calle Toledo casa N 14-233 y Carlos Mantilla. Quito – Ecuador		
EMAIL:	xgmoreira@hotmail.com		
TELEFONO FIJO:	022032297	TELEFONO MOVIL:	0987182315

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:	1716926330		
APELLIDOS Y NOMBRES:	TASIGUANO GUAÑUNA JOSÉ LUIS		
DIRECCION :	Calderón. calle Punin n4-189		
EMAIL:	jc.l.t@hotmail.com		
TELEFONO FIJO:	022822582	TELEFONO MOVIL:	0996074579

DATOS DE LA OBRA	
TITULO	“CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO 2014”
AUTORES	García, Xavier; Tasiguano, José
FECHA	2015/11/23

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, GARCÍA MOREIRA XAVIER EFRAÍN con cédula de identidad Nro. 1714426119 y yo, TASIGUANO GUAÑUNA JOSÉ LUIS, con cédula de identidad Nro. 1716926330, en calidad de autores de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 12 días del mes de febrero de 2016

LOS AUTORES:



Firma
Nombre: Xavier García
Cédula: 1714426119



Firma
Nombre: José Luis Tasíguano
Cédula: 1716926330

ACEPTACIÓN:



Firma
Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, GARCÍA MOREIRA XAVIER EFRAÍN con cédula de identidad Nro. 1714426119 y yo, TASIGUANO GUAÑUNA JOSÉ LUIS, con cédula de identidad Nro. 1716926330, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO 2014”** que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIADOS EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA** en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad Facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 12 días del mes de febrero de 2016

LOS AUTORES:

Firma
Nombre: Xavier García
Cédula: 1714426119

Firma
Nombre: José Luis Tasiguano
Cédula: 1716926330

APROBACIÓN DIRECTORA DE TESIS

Yo, Lic. Marcela Baquero MSc. en calidad de directora de la tesis titulada: **“CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO 2014”** de autoría de GARCÍA MOREIRA XAVIER EFRAÍN y TASIGUANO GUAÑUNA JOSÉ LUIS, certifico que una vez revisada y corregida, está apta para su presentación y defensa.

Ibarra, a los 12 días del mes de febrero de 2016

Atentamente,


MSc. Marcela Baquero

C.I 1003037874

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico primero a Dios ya que él fue quien me dio fuerzas para seguir adelante y darme la sabiduría para poder terminar con mi carrera estudiantil y luego a mis padres Eduardo y Rosa y a mi esposa Alexandra que estuvieron de una u otra forma apoyando para que culminara con mis estudios. Agradezco a Dios por darme un hijo ya que él era una pieza fundamental en mi camino por las cuales tuve momentos tristes y alegres, y a todos mis familiares que me ayudaron motivándome para que mi sueño se hiciera realidad, les dedico para ustedes este trabajo.

José Luis Tasiguano G.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado en el trascurso de mi carrera profesional, y por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. Agradezco a mi madre quien fue una ayuda importante en mi vida tanto con su apoyo y con sus consejos me sirvieron para poder desarrollar este trabajo. Y sobre todo mi madre por ser un excelente ejemplo para mí y a mis hermanos que me ayudaron motivándome para poder desarrollar les agradezco ya que sus palabras hoy me fortalecen.

Xavier Efraín García M.

AGRADECIMIENTO

Quisiéramos agradecer a nuestra Universidad Técnica del Norte por abrirnos sus puertas y permitirnos terminar con nuestros estudios y sueños de superación personal. A nuestros queridos profesores que con su paciencia y sabiduría supieron brindarnos sus conocimientos y experiencias adquiridas en la rama de terapia física e inculcando en nosotros principios y valores para nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestra maestra guía MSc. Marcela Baquero por su valiosa orientación y asesoramiento, ya que, con su apoyo, su tiempo y paciencia nos orientó en la elaboración y culminación con éxito la presente investigación.

Como olvidar a los pobladores de la parroquia Miguel Egas del Cantón de Otavalo en la Provincia de Imbabura de donde se llevó a cabo este proyecto agradecerles a ustedes que con su tiempo supieron aportar con información valiosa para la elaboración.

A nuestros compañeros de clase con los que compartimos varios años de conocimientos y grandes experiencias, alegrías y tristezas que siempre los llevaremos en nuestro corazón.

Xavier y José Luis.

“CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO 2014”

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la parroquia Miguel Egas del Cantón de Otavalo en la Provincia de Imbabura con una población de 32 cuidadores de personas con discapacidad, pertenecientes a esta parroquia. El estudio tuvo como objetivo principal caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad física de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura en el período 2015. Fue una investigación exploratoria, descriptiva, cualitativa – cuantitativa; no experimental de corte transversal. Para el cumplimiento de los objetivos se aplicó una encuesta y un instrumento conocido como ICUB97-R; en la población de estudio se encontró que el 67% de los cuidadores encuestados son mujeres; en cuanto a la edad el 41,9% están en el grupo de los 46 a los 60 años y el 35,5% en el grupo de los 31 a los 45 años siendo parte del grupo de la población económicamente activa, en cuanto al grado de parentesco el de mayor prevalencia corresponde al primer grado de consanguinidad como es la relación padres e hijos o entre hermanos. En cuanto a la demanda de los cuidados el 45,2% requieren 8 horas al día, 9 de cada 10 encuestados, cuidan a las personas a su cargo los 7 días de la semana; además el 71% de la población encuestada no tiene quien le ayude en el cuidado de la persona a cargo y el 71% de la población objeto de estudio no tiene actividades laborales fuera del hogar; la demanda en la intensidad de las actividades en los cuidados físicos el 48,4% sostiene que son poco demandantes y el 45,2% son altamente demandantes; Al analizar la repercusiones en el ámbito psicofísico, socioeconómico y emocional como consecuencia de cuidar más de la mitad cree que son leves.

Palabras claves: Discapacidad, Cuidadores, Calidad de Vida, Personas con Discapacidad

CHARACTERIZATION OF CAREGIVERS OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES AT PARROQUIA MIGUEL EGAS CABEZAS, CANTON OTAVALO IN IMBABURA PROVINCE IN THE PERIOD 2014.

ABSTRACT

This research work was carried just at parroquia Miguel Egas, canton Otavalo in Imbabura province with thirty-two (32) caregivers of people with physical disabilities belonging to this parroquia. The study's main objective was to characterize the caregivers of people with physical disabilities in the parroquia Miguel Egas Cabezas, canton Otavalo in Imbabura province in the period 2015. It was a non-experimental, descriptive and explanatory, of quantitatively-qualitative and correlational research. To the fulfill of the raised objectives was applied a survey and an instrument known as ICUB97-R; in the study population it was found that 67% of caregivers are women; referring to the age in 41.9% are in the group of 46 to 60 years and 35.5% in the group of 31-45 years being part of the group of the economically active population, the degree of kinship, most prevalent corresponds to the first degree of consanguinity as the parent-child relationship or sibling. Referring to the demand of care 45.2% require 8 hours per day, 9 of 10 respondents, care for dependents, 7 days a week; also 71% of the study population does not have someone to help with the care of the person in charge and 71% of the study population has no work activities outside the home; demand in the intensity of activities in physical care 48.4% say they are undemanding and 45.2% are highly demanding. Analyzing the impact on psychophysical, socioeconomic and emotional level as a result of caring more than half believed to be mild.

Keywords: disability, caregivers, quality of life, people with disabilities

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	ii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE ..	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DIRECTORA DE TESIS	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
ÍNDICE DE CONTENIDOS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Preguntas de investigación	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Discapacidad	5
2.1.1 Discapacidad física.....	5
2.2 Dependencia	6
2.2.1 Características de la dependencia.....	6
2.2.2 Dependencia en las actividades de la vida diaria	7
2.3 El Cuidador	9

2.3.1 Cuidados del cuidador.....	11
2.3.2 Cuidado informal	13
2.3.3 El cuidador informal	14
2.3.4 Calidad de vida de los cuidadores	16
2.3.5 Repercusiones de cuidar.....	19
2.4 Marco legal y jurídico	25
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador	25
2.4.2 Reglamento de la Ley de Discapacidades.....	28
2.4.3 Plan Nacional del Buen Vivir	29
CAPÍTULO III.....	31
METODOLOGÍA	31
3.1. Tipos de investigación.....	31
3.2. Diseño de la investigación	31
3.3. Población.....	32
3.3.1. Criterios de inclusión	32
3.3.2 Criterios de exclusión.....	33
3.4 Identificación de variables	33
3.5 Operacionalización de variables	33
3.6. Métodos de Investigación	37
3.6.1. Métodos Teóricos.....	37
3.6.2 Métodos Empíricos	38
3.6.3 Métodos Estadísticos.....	38
3.7. Validez y confiabilidad de la investigación	39
CAPÍTULO IV.....	41
RESULTADOS.....	41
4.1 Análisis de resultados.....	41
4.2 Discusión de Resultados	57
4.3 Respuestas a las preguntas de investigación	61
4.4 Conclusiones	64
4.5 Recomendaciones.....	65

BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	69
ANEXO 1. MAPA DE UBICACIÓN.....	70
ANEXO 2. ENCUESTA APLICADA.....	71
ANEXO 3. FOTOS RELATORIAS	73
ANEXO 4. CERTIFICADOS DE APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS.....	76
ANEXO 5. SISTEMATIZACION DE LA INFOMACION COMO ENCUESTA EN LINEA.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la población según el género	41
Tabla 2 Distribución de la población según rangos de edad.....	42
Tabla 3 Distribución de la población según su relación o parentesco con la persona que cuida	43
Tabla 4 Distribución de la población según las horas al día requeridos para cuidar a la persona que tiene a cargo	44
Tabla 5 Distribución de la población según los días a la semana que cuida a la persona que tiene a cargo.....	45
Tabla 6 Distribución de la población según si tiene a alguien que le ayude a cuidar a la persona a cargo.....	46
Tabla 7 Distribución de la población según su si trabaja fuera del hogar.....	47
Tabla 8 Distribución de los cuidados a nivel físico.	48
Tabla 9 Distribución de los cuidados a nivel psicosocial.	51
Tabla 10 Distribución de repercusión psicofísicas.....	52
Tabla 11 Distribución de repercusión socioeconómicas.....	54
Tabla 12 Distribución de repercusión emocionales	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de la población según el género	41
Gráfico 2 Distribución de la población según rangos de edad.....	42
Gráfico 3 Distribución de la población según su relación o parentesco con la persona que cuida.....	43
Gráfico 4 Distribución de la población según las horas al día requeridos para cuidar a la persona que tiene a cargo	44
Gráfico 5 Distribución de la población según los días a la semana que cuida a la persona que tiene a cargo.....	45
Gráfico 6 Distribución de la población según si tiene a alguien que le ayude a cuidar a la persona a cargo.....	46
Gráfico 7 Distribución de la población según si trabaja fuera del hogar	47
Gráfico 8 Distribución de los cuidados a nivel físico.....	49
Gráfico 9 Distribución de los cuidados a nivel medio ambiental.....	50
Gráfico 10 Distribución de los cuidados a nivel psicosocial.....	51
Gráfico 11 Distribución de repercusión psicofísicas	53
Gráfico 12 Distribución de repercusiones socioeconómicas	55
Gráfico 13 Distribución de repercusión emocional.	56

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según el informe publicado recientemente por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) sobre el cuidado de personas mayores en los hogares españoles, un 17% de la población de 65 años o más son atendidas en su casa a través de algún tipo de ayuda informal (lo que representa unas 1.226.000 personas). A estos cabría añadir un grupo de importancia creciente en los últimos años, el 1,5% de mayores (esto es, unos 110.000 aproximadamente) que permanecen en su propio hogar atendidos por empleados del hogar dedicados a esta tarea. (IMSERSO, 2013)

Dejando al margen a estos cuidadores profesionales, el informe señala que un 6% de la población mayor de edad esto es, unas 950.000 personas prestan ayuda y cuidados a algún mayor que presenta algún grado de dependencia.

Otro de los elementos que posibilitan el planteamiento de este problema es que no se conocen los cuidados que prestan los cuidadores a la persona con discapacidad lo cual produce una desarticulación entre el estado de salud del cuidador y las tareas que ejecutan para llevar a cabo el cuidado de la persona a cargo; además las repercusiones de cuidar en el cuidador no han sido investigadas en esta región, estudios sobre la situación del cuidador y las características del cuidador de personas con discapacidad realizados en América latina sugieren que el cuidado a personas con discapacidad puede repercutir seriamente en la salud del cuidador y el bienestar de la familia además se han encontrado alteraciones importantes a nivel psicosocial y medioambiental; este estudio evidencia que el 72% de los participantes tenían alguna afección en su salud entre las más relevantes están las alteraciones músculo esqueléticas y las relacionadas con la salud mental; más de la mitad de las familias presentan signos de falencias a nivel psicosocial y medioambiental aunque no se ha podido relacionar directamente con la presencia de alguna persona con discapacidad

Este problema parte de que la falta de caracterización de los cuidadores limita el conocimiento de las necesidades de este tipo de población lo que repercute en una inadecuada cobertura de las necesidades que los cuidadores tienen, disminuyéndose el acceso a nuevas oportunidades que posibilitarían una mejor calidad de vida en los cuidadores, las personas con discapacidad y todo el entorno familiar; estudios revelan que el perfil de los cuidadores es heterogéneo pero en su gran mayoría corresponde a familiares de los cuales el 83% son mujeres (madres, esposas, hijas y en menor proporción nueras); el 80% no tienen actividades económicas remuneradas, el 60% no reciben ayuda de otras personas. (Rojas, 2006)

La sustitución del cuidador es apenas del 20% y las redes que prestan apoyo y atención a estas personas son muy pocas. En la parroquia Miguel Egas del Cantón de Otavalo en la Provincia de Imbabura se presenta una deficiencia en la caracterización de los cuidadores de personas con discapacidad física, existen diversas causas que contribuyen con esta realidad problemática, dentro de las cuales está que la atención a los cuidadores es menor que la que se presta a las personas con discapacidad ya que los cuidadores informales forman parte de un sistema invisible difícil de realizar un seguimiento ya que esta actividad no se ha formalizado; pero la orientación de los servicios de salud en la actualidad se direcciona hacia el cuidado de las personas con discapacidad en su entorno natural. (Crespo López & López Martínez, 2007)

1.2 Justificación

El proceso de caracterización a los cuidadores de personas con discapacidad física de la Parroquia Miguel Egas del Cantón de Otavalo en la Provincia de Imbabura en el período 2015 surgió a partir de la identificación de las condiciones sociodemográficas de la población de estudio y del análisis de los cuidados que presta el cuidador a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad a cargo; lo cual permitió reconocer objetivamente las repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad en las áreas antes mencionadas para lo que fue necesario establecer estrategias de acceso a la comunidad para aplicar el instrumento.

Los cuidadores de personas con discapacidad ha sido un grupo invisible poco atendido es por esto que la ejecución de este estudio fue importante porque permitió crear conciencia sobre la presencia de este tipo de personas y conocer las necesidades que ellos tenían, para realizar recomendaciones en cuanto a sus necesidades, además poder articular las actividades que implican el cuidado y el estado de salud de quienes cuidan a las personas con discapacidad lo que permite el acceso a oportunidades aportando con el mejoramiento de la calidad de vida. (Rojas, 2006)

Este estudio fue relevante porque estuvo dirigido a cuidadores de personas con discapacidad que son dependientes, ésta investigación tuvo como objetivo analizar las características, problemas y necesidades de los cuidadores para que posteriormente en futuros trabajos se pueda realizar intervención fisioterapéutica ajustada a las características, problemas y necesidades de los cuidadores de personas dependientes, detectados en la fase previa.

Esta investigación fue viable ya que los investigadores contaron con la población objeto la cual se obtuvo mediante la información proporcionada por la base de datos del programa de discapacidad de la Carrera de Terapia Física Médica que fue construida en fases previas de investigación, los recursos materiales fueron provistos por los investigadores, además tuvieron el conocimiento científico técnico con respecto al abordaje de los encuestados y el manejo del instrumento ya que fueron capacitados por el cuerpo docente de la Universidad Técnica del Norte.

Esta investigación proporcionará información importante para las personas con discapacidad y sus cuidadores, la cual puede ser la pauta para futuras investigaciones tomando en cuenta que es parte de un complemento del proyecto de atención integral a personas con discapacidad de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad física de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura en el período 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Analizar los cuidados que presta el cuidador a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad a cargo.
3. Determinar las principales repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad.

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio
2. ¿Cuáles son los cuidados que presta el cuidador a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad a cargo?
3. ¿Cuáles son las principales repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), actualmente es el referente conceptual para establecer la definición de discapacidad el cual es un término que abarca varias dimensiones que involucran al sujeto y su medio ambiente. (Organización Panamericana de Salud , 2012)

Dentro de estas dimensiones se encuentran las deficiencias; las cuales hacen referencia con las alteraciones en las funciones fisiológicas y en las estructuras anatómicas; seguidamente están las limitaciones en la actividad las cuales son los problemas que se presentan para ejecutar las actividades y por último se toman en cuenta las restricciones en la participación. (INEGI, s/f)

Que como su nombre lo indica se relaciona con las dificultades que las personas pueden tener para desenvolverse en situaciones básicas del diario vivir. Además de estas consideraciones también se toman en cuenta factores que afectan directa o indirectamente en el desarrollo de las personas con discapacidad los cuales son los factores contextuales que se conforman por los factores personales y los ambientales los cuales pueden afectar positiva o negativamente; siendo así que los positivos son considerados como facilitadores y los negativos como barreras. (INEGI, s/f)

2.1.1 Discapacidad física

La visión que tenemos de la persona con discapacidad física ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar,

sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad.

2.2 Dependencia

Es la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”, involucrando varias dimensiones la psicológica como la autopercepción, social como la percepción de los demás (a través de un diagnóstico) y administrativa. El Consejo de Europa la ha definido como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida ordinaria; la anterior definición ha sido la base para la conceptualización de la dependencia en la formación de leyes para la misma. (García, 2010)

2.2.1 Características de la dependencia

Existen tres características fundamentales en la dependencia; la primera comprende la limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de las personas; la segunda, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero y, por último, la incapacidad para realizar las generalmente denominadas Actividades de la Vida Diaria. Por otra parte, la dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y en las que, por tanto, necesita algún tipo de ayuda; siendo “la situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización de una determinada actividad”; además, la dependencia es la respuesta social a la discapacidad (García, 2010)

2.2.2 Dependencia en las actividades de la vida diaria

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas que las personas realizan para satisfacer para su propio beneficio, con el propósito de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo, y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible. (Col-legi Oficial d Infermeres i Infermers, 2015)

Dependiente, es el individuo quien necesita ayuda de otros para desarrollar algunas actividades consideradas en un contexto de la vida cotidiana como básicas; siendo el cuidado prestado por familiares o amigos a individuos que no pueden realizar alguna actividad de autocuidado es una práctica social extendida, evidenciándose la importancia del componente social de la salud. (García, 2010)

El cuidado ha surgido en la mayoría de como respuesta a una situación de dependencia, y una persona dependiente suele recibir este atributo por su necesidad de cuidado. (García, 2010)

A pesar de su utilidad para el estudio de las relaciones de intercambio, la idea de interdependencia encuentra difícil aplicación en la investigación sobre el cuidado desde el punto de vista político, económico y socio sanitario. En estos ámbitos, el concepto de dependencia es válido en tanto en cuanto remite a una realidad indiscutible: la de aquellos que demandan ayuda de otros. No se trata, por tanto, de investigar la interdependencia, sino de atender precisamente a las situaciones que se generan por la necesidad de ayuda. Es esencial partir del reconocimiento de que todos los seres humanos necesitamos ayuda de otros en algunas fases del ciclo vital, y de que la dependencia es un hecho absolutamente normal en las relaciones humanas. Desde nuestro punto de vista, la normalización de la idea de dependencia es un paso necesario para comprender los procesos que se desencadenan cuando sucede, así como sus implicaciones. (García, 2010)

Las situaciones de dependencia establecen relaciones sociales, surgiendo el vínculo social fundamentalmente de un sentimiento de dependencia mutua, tanto para

el paciente dependiente como para el cuidador. La responsabilidad individual se sostiene sobre la confianza de los demás en nosotros y de nosotros en los demás, siendo la necesidad por los demás un sentimiento usual y normal, sin esta percepción de necesidad por el otro estaríamos ante una carencia. (García, 2010)

No puede existir una comunidad sin conflicto, sin dificultades que resolver en el día a día, por lo cual la situación de dependencia es uno de los escenarios propicios de generación de lazos sociales, ante la adversidad, surge la necesidad de esfuerzo para mejorar la comunicación del uno con el otro. Además, la escena del conflicto se convierte en una comunidad en el sentido en que la gente aprende a escuchar y a reaccionar entre sí, incluso percibiendo sus diferencias más profundamente”. Por otra parte, el vínculo nace de la necesidad de cumplir con el deber de ayudar al otro. (García, 2010)

En la actualidad, la situación de dependencia está fuertemente asociada con el sentimiento de vergüenza, puesto que se supone que el individuo ha de ser capaz de cuidarse por sí mismo y debe ser fuerte ante las posibles eventualidades económicas o sociales, sobre todo, tener herramientas para responder adecuadamente frente a ellas; al no estar dotado de estas armas, genera una acusación implícita de irresponsabilidad y la consiguiente culpabilización, por lo cual la dependencia y parasitismo social son términos frecuentemente asociados, existiendo un miedo real a ser estigmatizados como parásitos sociales. La responsabilidad individual se sostiene sobre la confianza de los demás en nosotros y de nosotros en los demás, para ser fiables la persona debe sentirse necesitada y para esto otros deben estar en situación de carencia. (García, 2010)

2.2.2.1 Dimensiones de las Actividades de la Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria, se dividen en tres dimensiones:

- a) **Actividades básicas de la vida diaria.** siendo aquellas actividades que permiten llevar una vida independiente en el propio hogar; también, han sido definidas como “aquellas actividades que son comunes a todas las personas”, pudiendo ser esto incluido dentro de la definición de dependencia a través de la falta de autonomía para desarrollar actividades; estas actividades están compuestas fundamentalmente por actividades de autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación. (García, 2010)

- b) **Actividades instrumentales de la vida diaria.** Entendiéndose como actividades que implican una mayor autonomía e interacción, estas incluyen tareas domésticas, de movilidad en el entorno y de administración del hogar. (García, 2010)

- c) **Actividades avanzadas de la vida diaria.** Las cuales valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales, estas revelan un elevado nivel de funcionalidad física. (García, 2010)

2.3 El Cuidador

En la actualidad, se ha evidenciado un aumento en el número de cuidadores, este efecto es debido a que millones de personas que padecen algún tipo de discapacidad, representando porcentaje importante de población total; siendo asuntos de interés principal la dependencia y las necesidades requeridas por los pacientes. El cuidado de pacientes puede ser visto también en cuidado de enfermedades crónicas. (Ruiz & Moya, 2012)

Las personas dependientes en la sociedad actual, está formada en su mayoría por personas adulto mayor, debido al progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la calidad de vida. Sin embargo, existe un pequeño porcentaje comprende a aquellas personas que padecen algún tipo de patología mental crónica, y que, pese a

no tener una edad avanzada, son en mayor o menor grado dependientes. Aunque estas personas no padecen limitaciones físicas en la mayor parte de los casos, necesitan la atención de un cuidador (Ruiz & Moya, 2012)

Existen diferentes tipos de cuidado, el informal y el formal; siendo el primero más del 80% de los casos, y el segundo un 12% aproximadamente. Sin embargo, en este tipo de trabajo intervienen diversos factores, como los recursos socioeconómicos de la familia o el estado civil del enfermo. Por otra parte, el cuidado informal configura el pilar básico de la atención que reciben los enfermos dependientes, siendo muchas veces la única fuente de cuidados que recibía la persona dependiente proveniente de un familiar, recayendo usualmente el peso fundamental del mismo en la mujer, desde la conceptualización familista del cuidado, entendiéndose que en un contexto familiar, es donde surge la enfermedad y donde debe ser tratada; siendo las familias quienes asumen la mayor parte de los casos, la totalidad de los cuidados de la persona dependiente, con todas las consecuencias que ello conlleva. (Ruiz & Moya, 2012)

De este modo, la estructura familiar toma conciencia de la enfermedad de la persona dependiente, a partir de la cual se generan toda una serie de cambios en el seno familiar, generando repercusiones en un contexto familiar, y en el cuidador principal

Actualmente, con la globalización y otros fenómenos socioculturales en que la mujer y el hombre presentan igualdad de oportunidades, se ha producido notables cambios que afectan directamente la conceptualización tradicional de la familia, impidiendo que se desarrolle el estilo de cuidado informal basado en la mujer, debido a el rol que desempeña la mujer en la sociedad actual, pone en crisis el modelo tradicional familista de cuidados (Ruiz & Moya, 2012)

En la última década y en varios países, se han creado nuevas leyes que buscan la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, intentando promover un cambio, generando alternativas al cuidado familiar y desarrollando una nueva forma de atención a la dependencia, a través de la

interrelación del cuidado formal e informal, en aras al bienestar de las personas dependientes y de sus cuidadores informales; debido a que los dos tipos de cuidado, formal e informal son necesarios y complementarios; así se pretende generar un estado de influencia mutua, donde exista una retroalimentación, siendo una el complemento o suplencia de la otra; pero este fenómeno depende se basa en la función de la situación concreta de cada familia; con el fin de conseguir el óptimo desarrollo del enfermo y prevenir las posibles consecuencias perniciosas para la salud del cuidador (Ruiz & Moya, 2012)

El cuidador juega un papel fundamental en el proceso del cuidado, debido a que pretende que la persona dependiente no sea apartada de su contexto social, permaneciendo, dentro de lo posible, en el domicilio familiar. De este modo, uno de los objetivos primordiales es la atención del cuidador con el fin de proveer ayuda al dependiente.

2.3.1 Cuidados del cuidador

El simple trato con personas en situación de dependencia o que sufren implica un gran despliegue de energía psíquica, máxima cuando la relación es íntima y emotivamente exigente. La situación se complica más si la persona en situación de dependencia demanda unos cuidados para las actividades dela vida diaria que requieren una dedicación importante de tiempo. (Martínez, 2010)

El cuidado de un familiar que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una experiencia conmovedora y satisfactoria. Puede hacer que en las numerosas tareas que implica descubramos en nosotros mismos cualidades, aptitudes o talentos que de otra forma habrían pasado desapercibidas. Asimismo, puede estrechar la relación con la persona que cuidamos o con otros familiares y conseguir que descubramos en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, descubre la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos.

La vida de aquellas personas que atienden a una persona mayor dependiente puede verse afectada de muchas maneras. Es frecuente que experimenten cambios en las relaciones familiares, el trabajo y su situación económica, su tiempo libre, su salud o su estado de ánimo. El carácter de estas transformaciones también puede ser positivo, aunque se tienda a considerar sus consecuencias como exclusivamente negativas. (Martínez, 2010)

Se puede sospechar que existe ya sobrecarga en el cuidador de una persona dependiente cuando aparezcan las siguientes situaciones:

Los cuidados que el cuidador presta al familiar, difieren de una situación a otra. Especialmente, si consideramos lo distintas que pueden ser las enfermedades y problemas discapacitantes, así como los distintos grados de dependencia que existen.

Aun así, existen características que son comunes a la mayoría de situaciones en las que se prestan cuidados:

- a) Los cuidados implican una dedicación elevada de tiempo y energía.
- b) Generalmente, las tareas que el cuidador realiza no son sencillas ni agradables.
- c) Cuando sobreviene el tener que cuidar a un familiar, es habitual que la situación no se haya previsto y el cuidador no se haya preparado para ella.
- d) Los cuidadores se enfrentan a más problemas de salud que la población no cuidadora: tanto físicos como psicológicos. (Martínez, 2010)

Las tareas más comunes:

- a) Ayudar y apoyar para la realización de actividades de la vida diaria (comer, aseo personal, etc.).
- b) Ayudar y apoyar para actividades instrumentales de la vida diaria (visitas médicas, mantenimiento del hogar, administración del dinero etc.).
- c) Ayudar y apoyar para el desplazamiento tanto dentro del domicilio como fuera.
- d) Supervisar la toma de medicamentos y el cuidado de la salud del familiar.

- e) Realizar pequeñas labores de enfermería. (Martínez, 2010)

2.3.2 Cuidado informal

Existen numerosos conceptos de cuidado informal, uno de ellos lo define como “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. Sin embargo, esta conceptualización es una de las más utilizadas en la investigación ofrece pocos matices, quedándose obsoleta al margen de los cambios producidos en la sociedad con respecto a la dependencia. Otra definición es “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”. Aunque no establece los límites de la duración de los cuidados, ni aporta información precisa sobre la figura del cuidador principal (Ruiz & Moya, 2012)

En la investigación sobre cuidado informal suelen utilizarse los conceptos de carencia, necesidad y demanda de cuidado; en el 2007 la real academia española definió la necesidad como la “carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”; una carencia se transforma en necesidad cuando es concebida como algo que se precisa para vivir. La dependencia surge de la ausencia de capacidades para realizar las actividades que se considera que cubren las necesidades básicas. (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012)

Actualmente, hay consenso en que existen ciertas necesidades que son básicas para el desarrollo de una existencia humana digna, como son la supervivencia física y la autonomía personal, los teóricos actuales asumen que es posible delimitar e incluso ordenar algunas necesidades comunes, pero se ha abandonado el intento de construir una jerarquía común y se ha subrayado el carácter social y dinámico de las necesidades humanas, así como la importancia del contexto social, cultural, económico y político para su definición. Se considera que las necesidades humanas son finitas y

clasificables, y lo que varía a lo largo de la historia y las sociedades son los modos que se utilizan para satisfacerlas.

Las causas por las que las necesidades provienen en demandas sociales son diversas, los grupos sociales demandantes no tienen los instrumentos o la fuerza social suficientes para configurar la demanda, las necesidades no se consideran susceptibles de ser solucionadas; la necesidad se convierte en demanda social cuando la sociedad la define como problema susceptible de ser abordado colectivamente. (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012)

Las estadísticas recogen necesidades colectivas que no son reclamadas por ningún grupo social o, lo que es lo mismo, no han sido articuladas como demandas. Las necesidades convertidas en demandas requieren una intervención política, a nivel social y presión en movimientos que permitan el cumplimiento de políticas que favorezcan a la población. La demanda debe probarse ante la sociedad y debe demostrar que la pretensión de cambio es legítima y hacerlo con las herramientas a su alcance. Por lo tanto, el éxito de la demanda se producirá en la medida en que los demandantes sean capaces de articular eficazmente su acción. El cuidado informal cubre un tipo de demanda caracterizada por una doble ausencia de planificación; la primera, la del demandante, que no ha previsto la satisfacción de sus propias necesidades, ya sea a través de autocuidados, o mediante la programación de un contrato de provisión de servicios privados en el futuro; la segunda, la de los servicios públicos, que no dan respuesta a una importante porción de la demanda de cuidado (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012)

2.3.3 El cuidador informal

El cuidador informal es aquella persona responsable del cuidado no profesional del paciente, esta persona usualmente habita en el mismo domicilio del paciente dependiente, son el objetivo de estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña; además

asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica; esta conducta hace asumir el papel de persona responsable del paciente dependiente, la cual no es remunerada en la mayoría de casos por los demás miembros de la familia. Este tema es de gran debate debido en que países como España se han creado leyes las cuales protegen los derechos de los cuidadores, como el pago por los servicios prestados al enfermo. (Ruiz & Moya, 2012)

Las posibilidades de formación de movimientos o grupos sociales a partir de las necesidades provocadas por enfermedades o el cuidado de enfermos dependen en parte del tipo de enfermedad y discapacidad; las posibilidades pueden aumentar en los casos de enfermedades congénitas o adquiridas a edades tempranas, debido a que los cuidadores que suelen representar a los enfermos son más jóvenes y tienen más energías en la búsqueda de soluciones colectivas a su problema. Las posibilidades de formación de grupos de demanda se reducen cuando las enfermedades tienen connotaciones sociales estigmatizantes, como las enfermedades mentales y cuando los cuidadores son mayores. (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012)

Es importante conocer el proceso social por el que las necesidades se articulan como demandas, así como los agentes del cambio. En la relación entre carencias, necesidades y demandas entran en juego tres actores (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012).

Como señala Durán, las posibilidades de formación de movimientos o grupos sociales a partir de las necesidades provocadas por enfermedades o el cuidado de enfermos dependen en parte del tipo de enfermedad y discapacidad. Esas posibilidades aumentan en los casos de enfermedades congénitas o adquiridas a edades tempranas, ya que los cuidadores que suelen representar a los enfermos son más jóvenes y tienen más energías en la búsqueda de soluciones colectivas a su problema (Durán, 2006b). Las posibilidades de formación de grupos de demanda se reducen cuando las enfermedades tienen connotaciones sociales estigmatizantes (enfermedades mentales, etc.) y los cuidadores son mayores (García, 2010) (Ruiz & Moya, 2012).

Es importante conocer el proceso social por el que las necesidades se articulan como demandas, así como los agentes del cambio. En la relación entre carencias, necesidades y demandas entran en juego tres actores; el primero en el que los individuos y grupos sociales se intercambian estas tres posiciones, dependiendo del contexto, ya sea político, económico y cultural y del tipo de demanda, por lo tanto, los adultos mayores son frecuentemente demandantes de cuidados a la salud y, al mismo tiempo, ofertantes de atención a nietos y a otros mayores

Los cuidadores y las personas dependientes establecen un vínculo afectivo debido a la permanencia y duración del cuidado, En este sentido, se integra el carácter temporal de los cuidados, la implicación afectiva que se da entre el dependiente y el cuidador y el volumen de la red que proporciona las atenciones. Por otra parte, al existir un vínculo previamente establecido la familia es la encargada principal de los cuidados, quienes aportan más recursos y la que asume la responsabilidad del mantenimiento y desarrollo del dependiente que reside en el hogar. Aunque, de forma natural, siempre suele asumir el rol de cuidador principal un miembro de la familia, puede existir participación activa de otros miembros en el cuidado del paciente, sin embargo, sigue siendo el cuidador principal quien sufre las consecuencias más peyorativas de esta labor (Ruiz & Moya, 2012).

2.3.4 Calidad de vida de los cuidadores

El cuidador tiene una responsabilidad importante, debido a que persona que vive en situación de enfermedad crónica necesita que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida del paciente que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida (Ruiz & Moya, 2012).

Existen múltiples definiciones de calidad de vida, debido a que esta se percibe diferente desde de diferentes ámbitos culturales; la OMS define la calidad de vida

como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Refiriendo que la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional. (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011)

En que se debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo y otros conceptos de la vida a lo largo de los últimos años, debido a que actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de, al menos varios elementos, dentro de los que se comprende la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

La calidad de vida se describe como una construcción que comprende múltiples dimensiones, incluyendo el bienestar o inconformismo en aspectos de la vida importantes para el paciente, debido a que abarca la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar. Por lo tanto, la calidad de vida puede ser definida como la evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de una persona en el contexto de cultura y sistema de valores con los que viven, en resumen, la calidad de vida es un sentido subjetivo de bienestar que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Autores como Ferrell y cols plantean un concepto de La calidad de vida, entendiéndola como una evaluación subjetiva de los atributos, ya sean positivos o negativos, que caracterizan la propia vida y consta de cuatro dominios que son; bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Además, la experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de forma importante, debido a que la experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad, pues genera una forma

de vida diferente, con complicaciones personales y sociales (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

La visión de los cuidadores frente su labor, es vista de una forma ratificante en la cual la persona que está a su cuidado puede suplir gran parte de sus necesidades. Así, la función del cuidador lleva a que se afiancen tareas de supervisión como la toma de medicamentos, el acompañamiento a las citas médicas, el reconocimiento de la importancia de una alimentación idónea para el manejo de su patología; al igual que hacerlo sentir importante y útil dentro del núcleo familiar y social. Todas estas actividades son vitales para mejorar la calidad de la salud de la persona que es cuidada (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Otro autor como Ponce puso en manifiesto que el cuidador se ve sometido a un estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, alteración en la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de respaldo social y de apoyo, falta de actividad, dispersión, alteración del trabajo habitual, severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, cantidad de cuidado o supervisión requerida (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Pinto, Barrera y Sánchez han manifestado que la experiencia de cuidado compromete, de manera sustancial, la calidad de vida de todos los cuidadores, independientemente del género o edad, ya sean hombres, mujeres, mayores o menores. Las personas que atienden directamente a sus familiares crónicos tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas de su cuidado, y ello llega a repercutir tanto en su propia persona como en la de su entorno, generando algunos cambios en diferentes ámbitos como el familiar, laboral y social de su vida cotidiana. Además, pueden comprometerse dimensiones como la física, psicológica, social y espiritual (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

2.3.5 Repercusiones de cuidar

El ser humano es un ser integral y debe ser intervenido como tal, este modelo se ajusta al modelo holístico; el cuidar puede afectar positiva y negativamente en el cuidador por lo que es importante conocer las repercusiones en cada una de las dimensiones del ser humano.

2.3.5.1 Dimensión física

La salud física hace referencia a lo corporal, a la salud física en general, en los cuales se puede encontrar signos y síntomas, como la fatiga, alteraciones en el patrón del sueño, náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, dolores generalizados, malestar general y alteración en funcionalidad (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

En los cuidadores, el bienestar físico puede presentar alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos tiempo de descanso, mayor desgaste físico, hipoxia, estrés emocional relacionado con el estado de salud del paciente; síntomas como la ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc también pueden aparecer; todo los anteriores síntomas y signos pueden catalogarse dentro de la expresión síndrome de agotamiento del cuidador (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011)

Diferentes estudios han demostrado que la calidad de vida de los cuidadores se ve alterada, un ejemplo de ello es en cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica, los cuales muestran síntomas y signos físicos relacionados con alteración del sistema osteoarticular, como artralgias y cefalea. Autores como Larr y cols. o Holicky y McGriffin, en otras investigaciones encontraron que las alteraciones físicas representan una señal de alerta en los cuidadores y un deterioro en su calidad de vida, dado por síntomas como dolores osteomusculares, fatiga y agotamiento. Torres y cols.

En otra investigación encontraron alteración en el patrón del sueño y cambios en el apetito (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Las implicaciones como consecuencias en síntomas y signos físicos varían, un factor dependiente es la cantidad de tiempo que dedican al cuidado del paciente dependiente, encontrando afectación en esta dimensión en cuidadores de total dependencia, debido a que asumen la responsabilidad total del paciente, ayudándolos a realizar todas las actividades del diario vivir , desencadenando problemas de salud en el cuidador, como cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Otros estudios han encontrado que en el cuidador supervisor de pacientes con enfermedad crónica con parcial dependencia, pueden generar carga de estrés, debido a que tienen más responsabilidades por fuera del trabajo, como tareas de otros trabajos, el hogar, la familia y el cuidado de sí mismo; además de las posibles complicaciones de la enfermedad.

En conclusión, es necesaria la creación e implementación de programas de intervención a los cuidadores por medio de espacios colectivos e individuales con asesoramiento interdisciplinario, que incluya personal de apoyo como psicólogos, enfermeras, médicos y terapeutas; donde se puedan realizar actividades lúdicas, como sesiones de relajación, manejo del estrés, gimnasia y conferencias de interés para los cuidadores, con el fin de mejorar su salud física y apoyarlo en todo lo relacionado con el mejoramiento de su calidad de vida (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

2.3.5.2 Dimensión psicológica

La dimensión psicológica es definida como el reconocimiento y comprensión del su estado cognitivo y afectivo de una persona; en el cuidador supervisor, en su labor de ayudar y ser partícipe en el cuidado de la persona con enfermedad crónica, pueden

surgir problemas para enfrentar y solucionar aspectos de su diario vivir, presentando así dificultades en la concentración, pérdidas de memoria a corto plazo debido a que presentan distracciones debido a que están enfocados en el cuidado del paciente dependiente y sus actividades, como el tratamiento farmacológico y no farmacológico, visitas constantes al médico y las actividades que realiza el cuidador para el cuidado del paciente (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Se ha reportado que los cuidadores pueden sentir aflicción y angustia, sobre todo, en el momento del diagnóstico de su familiar, debido al procesamiento de esta nueva información cambios de conducta que se aproximan a la hora de afrontar la enfermedad por parte del cuidador y aún más cuando son enfermedades crónicas; la dimensión psicológica se ve alterada con estos cambios, los cuales hacen que se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses, porque se entregan y dedican gran parte de su tiempo al cuidado, siendo muchas veces casi exclusiva en las necesidades del paciente, sin reparar en las propias del cuidador; en esta primera etapa, síntomas como el cansancio y la fatiga aparecen mientras el cuidador por se adapta a este ritmo nuevo de trabajo, también se ha reportado que el ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

2.3.5.2.1 Cuidado como fuente de estrés crónico

El cuidado permanente o temporal de un paciente dependiente puede generar efectos negativos en la salud del cuidador, debido a que conforma una fuente de estrés crónico. El hecho de calificar a una patología como crónica e incapacitante comporta, implícitamente, un carácter de temporalidad indefinida que implica directamente al cuidador, el cual debe hacerse cargo del enfermo de por vida o, en el mejor de los

casos, combinar el cuidado con algún recurso de carácter formal que permita al cuidador tener pequeños tiempos de descanso (Ruiz & Moya, 2012).

El paciente y el cuidador afrontan diariamente demandas sociales, físicas y psicológicas que conllevan al uso permanente de recursos para hacer frente a las situaciones cotidianas; incrementando notablemente los niveles de estrés. Lazarus y Folkman en 1984 plantean un modelo transaccional del estrés, el cual asume que, ante un determinado estímulo percibido como una demanda por parte del individuo, pone en marcha una serie de valoraciones que determinan si dicho estímulo conlleva una amenaza, es irrelevante o resulta benigno para su bienestar; por lo tanto, si la respuesta implica una amenaza, el individuo valora los recursos de los que dispone para afrontar esa demanda. En contraste, si esta valoración resulta negativa, es decir, el individuo percibe que no dispone de los recursos de afrontamiento necesarios para hacer frente a la demanda, surge la situación de estrés. Este fenómeno juega un papel esencial en la percepción que el cuidador tiene del estímulo estresante, debido a que esta será diferente en función de que el cuidador disponga de los recursos suficientes para afrontarlo; este fenómeno se fundamenta en los factores subjetivos que intervienen en la experiencia del cuidado y de sus interrelaciones, principalmente en las evaluaciones que realiza el cuidador con respecto a las demandas percibidas del cuidado, además de la capacidad de afrontamiento del individuo ante las mismas.

A lo largo de la última década se han realizado amplias investigaciones en relación a qué tipo de estrategias de afrontamiento suelen ser utilizadas por los cuidadores y qué impacto tienen sobre la salud; aunque existen diferencias en función de la patología de la persona cuidada, sin embargo, los cuidadores crean y aplican estrategias activas y centradas en el problema, mostrando una mejor condición de salud que aquellos que utilizan estrategias pasivas y centradas en emociones. No obstante, la funcionalidad de cada tipo de estrategia de afrontamiento depende de múltiples factores que son diversos y específicos a cada patología y situación de cuidado, por lo que, aunque exista una relación general entre ciertos tipos de estrategias de afrontamiento y salud, se deben tener en cuenta otros aspectos que puedan estar

influyendo en esta relación del cuidador y el paciente dependiente (Ruiz & Moya, 2012).

El apoyo social ha mostrado un efecto positivo respecto al estrés percibido por los cuidadores, sin embargo, no ha tenido efectos relevantes en el momento de controlar las consecuencias del cuidado sobre la salud del cuidador. Por otra parte, el estrés en los cuidadores puede generar disfunciones a nivel neurocognitivo, alteraciones en la vitalidad, percepción del dolor corporal, la salud mental y en general, en el estado de salud global del cuidador en comparación con la población general. En varios estudios, los cuidadores informan de mayor presencia de cansancio, dolor de espalda, cefalea y algias musculares; así como problemas relacionados con la ansiedad y la depresión y alteraciones en el patrón del sueño, apatía e irritabilidad. Anexo a lo anterior se ha reportado alteraciones a nivel de la respuesta al cortisol sin importar la edad del cuidador, también las alteraciones en los sistemas fisiológicos, como el sistema inmunológico, se pueden ver afectados, mostrando un deterioro importante en la salud del cuidador (Ruiz & Moya, 2012).

Se han establecido que las diferencias en el género están involucradas en la respuesta al estrés por parte de los cuidadores, viéndose que los hombres presentan menor malestar físico y emocional que las mujeres, las cuales suelen padecer más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño, peor salud física y mayor sedentarismo; siendo las mujeres más conscientes de sus problemas de salud (Ruiz & Moya, 2012).

Otra perspectiva puede ser vista en el contexto del cuidador, teniendo una visión más positiva del proceso de cuidado, analizándose las posibles implicaciones teniendo el cuidador la capacidad o competencia para hacer frente a situaciones desfavorables, siendo un rasgo de la personalidad del individuo, sin afectación grave respecto a su salud física, psicológica ni su funcionamiento habitual alterado”. Esta variable ha mostrado ser un factor relevante a la hora de modular la respuesta de estrés del cuidador y se encuentra directamente relacionada con un tipo de personalidad, calificada como resistente o hardiness, que sería una forma de concebir la vida de

forma positiva, en aras al desarrollo del crecimiento personal; Por lo tanto, los cuidadores evaluarán el estresor derivado del hecho de cuidar como positivo empleando estrategias de afrontamiento más adecuadas, así evitando aquellos estilos de afrontamiento que impiden una correcta adaptación al cuidado, generando una respuesta adecuada al estresor, minimizando los efectos que el cuidado tiene sobre la salud del cuidador (Ruiz & Moya, 2012).

2.3.5.3 Dimensión social

Esta dimensión hace énfasis en la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales y su rol social en la vida diaria, como necesidad de apoyo social, familiar y el desempeño familiar; en el cuidador estos elementos pueden verse alterados, debido a que debe brindar mayor tiempo al cuidado que requiere el paciente dependiente; además, en ocasiones, no se cuenta con el apoyo de otros miembros familiares en el proceso de cuidado, lo que genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas, afectando de forma más profunda su dimensión social (Archury D., Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

2.3.5.4 Dimensión espiritual

El bienestar espiritual es una dimensión que en la actualidad es de gran importancia debido a que enmarca el significado de acontecimientos, la incertidumbre, la esperanza, la religiosidad o la trascendencia; usualmente esta se ve afectada en el cuidador cuando hay exacerbaciones de la enfermedad del paciente dependiente y aún más se afecta cuando este es un familiar, siendo el valor espiritual el respaldo a situaciones difíciles, debido a que proporciona orientación y sentido a la vida, generando cambios positivos para el cuidador, como mayor compromiso y responsabilidad para el paciente; además de sentirse útiles y aferrarse a las creencias religiosas y culturales pensando en el bienestar del paciente dependiente y creando

sentimientos de esperanza en relación con la recuperación del familiar (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Cuando esta dimensión se ve afectada, se generan sentimientos de culpabilidad, incertidumbre y duda sobre el papel que desempeñan, por lo tanto, se debe permitir que el cuidador pueda crecer en el campo espiritual y emocional, y así entender muchos aspectos de la vida con mayor facilidad y comprender el valor de la familia, de la solidaridad como la más fuerte de todas las virtudes en el cuidado.

Las alteraciones espirituales pueden afectar al cuidador, por pérdida de la esperanza, la confianza en un ser superior y en la fuerza de la relación con ellos mismos y con otros frente a la enfermedad de su familiar; por lo tanto, es importante la intervención por parte del equipo tratante en el proceso de afrontamiento en la situación de enfermedad del paciente y la desesperanza del cuidador; Sin embargo, la intervención en la dimensión espiritual del cuidador no es fácil, puesto que existen diferentes creencias y valores culturales dentro de la (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

2.4 Marco legal y jurídico

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de Discapacidades detalla los derechos de las personas que pertenecen a los grupos de atención prioritaria como son las personas con discapacidad y sus familiares.

Artículo 47. Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributario.
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.
10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.
11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

Artículo 48. El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)
3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

Artículo 49. Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención. (Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, 2008)

2.4.2 Reglamento de la Ley de Discapacidades

El título II de las competencias de los ministerios de estado y otros organismos públicos y privados en relación con las discapacidades, en el artículo 4 acorde al reglamento de la ley de discapacidades las instituciones públicas y privadas deben garantizar que el Ministerio de Salud le corresponde asumir las siguientes responsabilidades:

10.- Establecer un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico funcional, mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidad los recursos y servicios, de manera que reciban una atención integral, individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio-cultural. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

18.- Ampliar y reforzar los programas de intervención y estimulación temprana con participación de la familia y la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de

riesgo, con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Bienestar Social, Instituto Nacional del Niño y la Familia, los institutos de Seguridad Social y organizaciones no gubernamentales. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

22.- Organizar en todos los hospitales generales programas y servicios para la rehabilitación integral a las personas con discapacidad y atención integral a padres y a niños por problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

23.- Ampliar los programas de atención y rehabilitación integral en salud mental y enfermedades crónicas. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

2.4.3 Plan Nacional del Buen Vivir

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, en su sección séptima enuncia que:

La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Consejo Nacional de Planificación, 2013)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (Consejo Nacional de Planificación, 2013)

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Consejo Nacional de Planificación, 2013)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipos de investigación

La investigación que se utilizó en este trabajo fue descriptiva ya que este estudio se encargó de caracterizar y especificar propiedades y perfiles de los cuidadores de personas con discapacidad. Además, se midió y recogió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos que rodean a este tipo de población. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Fue exploratoria, porque no existe investigaciones sobre nuestro objeto de estudio por lo que se requiere explorar e indagar, y conocer los cuidados que presta el cuidador y las las principales repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad.

Según la naturaleza de la presente investigación fue de tipo cuali-cuantitativa. Porque parte de una idea la cual se relaciona con los cuidadores de las personas con discapacidad para de ahí proceder a plantear los objetivos y preguntas de investigación; para posteriormente medir las variables respetando el contexto y analizar las mediciones obtenidas mediante métodos estadísticos y establecer una serie de conclusiones. Cualitativa ya que tiene como objetivo caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad física, analizar los cuidados que presta el cuidador y reconocer las principales repercusiones de cuidar. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.2. Diseño de la investigación

Esta investigación tiene un diseño de tipo no experimental, ya que fue ejecutado sin manipular deliberadamente variables. Es decir, no se controlaron ni se varió a

propósito las variables independientes para ver su incidencia en otras variables; sino que los fenómenos fueron observados tal como se dieron en su contexto natural, para posteriormente ser analizados. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

La información que se utilizó fue requerida para detallar variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento, así mismo fue recopilada una sola vez por lo que se puede decir que fue una investigación de corte transversal. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

En vista de que se aplicó una encuesta a la población objeto de estudio en sus hogares en las comunidades de intervención, es decir en su entorno se puede determinar que el diseño de ésta investigación fue de campo

3.3. Población.

En el 2014 la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte, dentro del programa de Atención Integral a personas con discapacidad de la Provincia de Imbabura, realizó un censo en el cantón Otavalo en el cual se determinó un total de 32 personas con discapacidad física correspondiente a la parroquia Miguel Egas Cabezas, esta información fue la base para poder acceder a sus cuidadores quienes participaron en su totalidad en el estudio. Por lo que se puede afirmar que se trabajó con el 100% de la población. (Ver Anexo 1)

3.3.1. Criterios de inclusión

- a) Pertenecer a la parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo en la provincia de Imbabura.
- b) Constar en la base de datos proporcionada por la Carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte.

- c) Estar presente en el momento de la encuesta.
- d) Estar dispuesto a participar en el estudio.
- e) Ser cuidador principal de una persona con discapacidad física

3.3.2 Criterios de exclusión

- a) No cumplir con los criterios de inclusión.
- b) Defunción de la persona a cargo.
- c) Migración de la persona a cargo.
- d) Fallecimiento de 1 persona.

3.4 Identificación de variables

- a) Edad
- b) Etnia
- c) Género
- d) Tipo de discapacidad del dependiente
- e) Tiempo con la discapacidad
- f) Relación o parentesco con la persona que cuida
- g) Cuidados que presta el cuidador a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad física a cargo
- h) Repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad física

3.5 Operacionalización de variables

Variable Independiente: Cuidadores informales de personas con discapacidad física

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Personas responsables del cuidado no profesional de una persona con discapacidad (Ruiz & Moya, 2012).	<p>Edad</p> <p>Género</p> <p>Relación o parentesco con la persona que cuida</p>	<p>Menores de 30 años</p> <p>De 31 a 45 años</p> <p>De 46 a 60 años</p> <p>Mayores de 61 años</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Madre o padre</p> <p>Hermano</p> <p>Abuelo o abuela</p> <p>Hijo</p> <p>Cónyuge</p> <p>Amigo</p> <p>otro</p>	Encuesta

Variable Dependiente 1: Cuidados a persona con discapacidad física

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es la atención que presta el cuidador con el fin de proveer ayuda y sus necesidades requeridas a los discapacitados.</p>	<p>Cuidados físicos</p> <p>Cuidados medioambientales</p> <p>Cuidados psicosociales</p>	<p>Vestido</p> <p>Aseo personal</p> <p>Necesidades fisiológicas</p> <p>Administración de medicamentos</p> <p>Traslados y cambios de postura</p> <p>Prevención de lesiones cutáneas</p> <p>Adecuaciones en el hogar</p> <p>Alimentación</p> <p>Terapia física y respiratoria</p> <p>Educación</p> <p>Salidas del hogar</p> <p>Relaciones interpersonales</p>	<p>Encuesta</p>

Variable Dependiente 2: Repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad física

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Alteraciones físicas o señal de alerta en los cuidadores y un deterioro en su calidad de vida	<p>Repercusiones psicofísicas</p> <p>Repercusiones socioeconómicas</p> <p>Repercusiones emocionales</p>	<p>Depresión</p> <p>Tristeza</p> <p>Cansancio</p> <p>Ira e irritabilidad</p> <p>Trastornos del sueño</p> <p>Ansiedad</p> <p>Pánico</p> <p>Actividades de ocio</p> <p>Actividades de cuidado personal</p> <p>Manejo del tiempo</p> <p>Trabajo remunerado y no remunerado</p> <p>Situación económica</p> <p>Cambios en creencias y valores</p> <p>Afecciones en sistema digestivo y reproductivo.</p>	Encuesta

3.6. Métodos de Investigación

3.6.1. Métodos Teóricos

3.6.1.1. Revisión Bibliográfica

Este método permite obtener toda la información que ha sido documentada sobre el objeto de estudio en este caso sobre los cuidadores de personas con discapacidad física. (Salgado, 2015)

3.6.1.2. Análisis de contenido

El análisis de contenido, se relaciona con la investigación descriptiva, lo cual permitió caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad física, obteniendo dichas características mediante un proceso riguroso de medición; por lo que se pudo conocer los componentes esenciales de un fenómeno, en este caso (los cuidados que presta el cuidador y las principales repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad). (Universidad de Navarra, 2015)

3.6.1.3 Método inductivo- deductivo

El método inductivo permitió analizar a los cuidadores de personas con discapacidad física, para luego llegar a determinar generalidades de la población de estudio en la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo.

3.6.1.4 Método analítico - sintético

Posteriormente con el método analítico se pudo conocer y analizar las diferentes características del objeto a ser estudiado y mediante el método sintético se consiguió comprender mejor las particularidades de la población de estudio en su entorno. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.6.2 Métodos Empíricos

3.6.2.1. Encuesta

La encuesta fue una técnica que utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de la población objeto, para caracterizar a los cuidadores de personas con discapacidad física; se empleó un cuestionario estructurado con 75 preguntas cerradas dicotómicas y politómicas el cual se basó en el instrumento ICUB97-R.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario validado la cual se diseñó a través del google drive. Los investigadores se dirigieron a la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura, en el período 2015. (García, Ibañez, & Alvira , 2013) (Ver Anexo 2)

3.6.3 Métodos Estadísticos

En la sistematización y análisis de la información se aplicaron herramientas informáticas Microsoft Excel y el SPSS 21.0.

3.7. Validez y confiabilidad de la investigación

El instrumento empleado es el ICUB97 de necesidades de cuidados y repercusiones del cuidador validado por Ubeda en el 2009, que está basado en las 14 necesidades del modelo de enfermería de Virginia Henderson.

Este instrumento ha sido valorado en cuanto a su contenido y constructo evaluado mediante el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach. Los valores obtenidos en fiabilidad interna del cuestionario fueron de 0,82 para la parte de cuidados que presta el cuidador y de 0.82 para la segunda parte repercusiones en la calidad de vida del cuidador. Su dimensión es bidimensional y los ítems que presenta son 90.

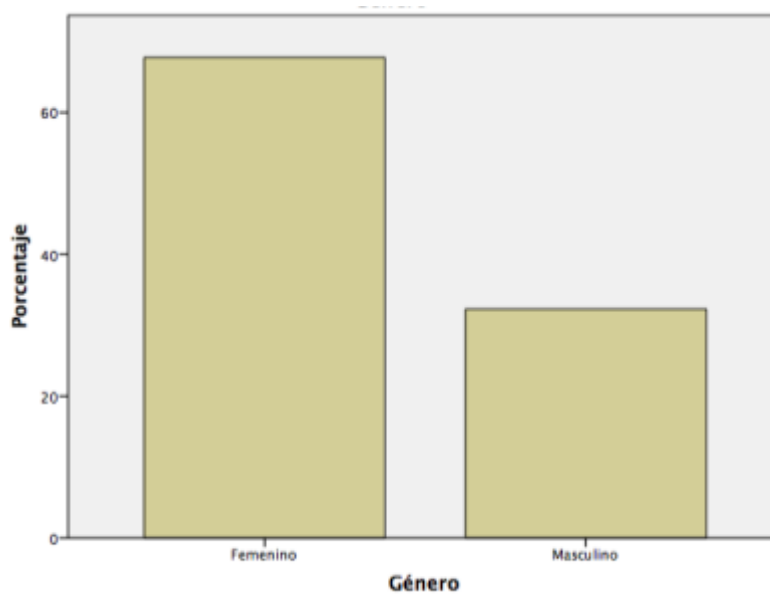
CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 1 Distribución de la población según el género

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	67,7
Masculino	10	32,3
Total	31	100

Gráfico 1 Distribución de la población según el género

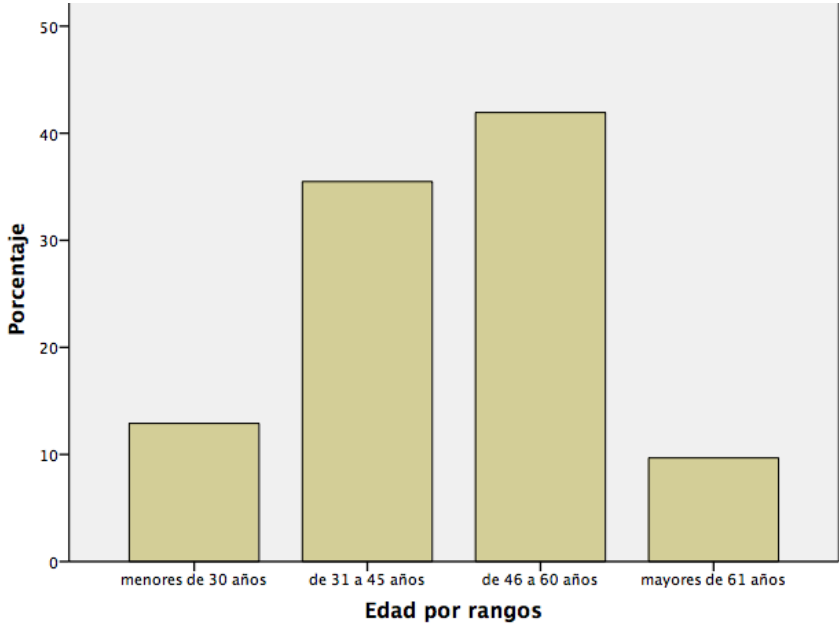


El 67% de los cuidadores encuestados son mujeres.

Tabla 2 Distribución de la población según rangos de edad

	Frecuencia	Porcentaje
menores de 30 años	4	12,9
de 31 a 45 años	11	35,5
de 46 a 60 años	13	41,9
mayores de 61 años	3	9,7
Total	31	100

Gráfico 2 Distribución de la población según rangos de edad

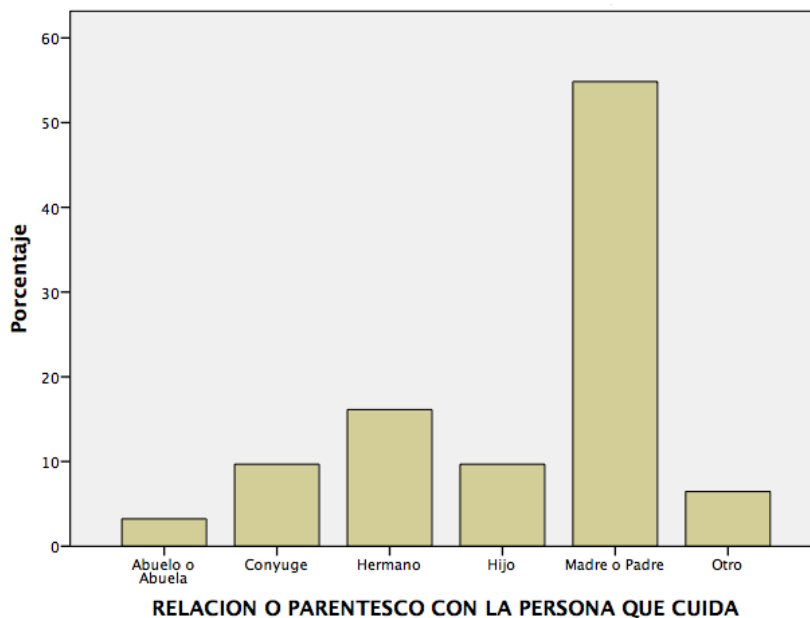


En cuanto a la edad el 41,9% están en el grupo de los 46 a los 60 años y el 35,5% en el grupo de los 31 a los 45 años

Tabla 3 Distribución de la población según su relación o parentesco con la persona que cuida

	Frecuencia	Porcentaje
Abuelo o Abuela	1	3,2
Cónyuge	3	9,7
Hermano	5	16,1
Hijo	3	9,7
Madre o Padre	17	54,8
Otro	2	6,5
Total	31	100

Gráfico 3 Distribución de la población según su relación o parentesco con la persona que cuida

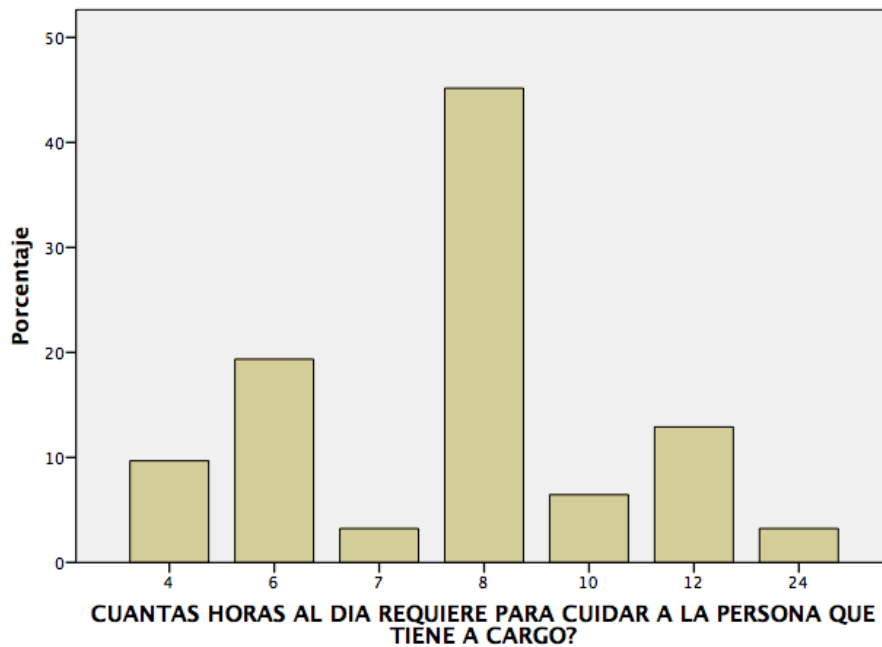


La mitad de la población afirma que la persona que tienen a cargo son sus hijos, el 16,1% son hermanos y en una misma proporción de 9,7% para cada grupo están los padres y esposos como personas a cargo.

Tabla 4 Distribución de la población según las horas al día requeridos para cuidar a la persona que tiene a cargo

	Frecuencia	Porcentaje
4	3	9,7
6	6	19,4
7	1	3,2
8	14	45,2
10	2	6,5
12	4	12,9
24	1	3,2
Total	31	100

Gráfico 4 Distribución de la población según las horas al día requeridos para cuidar a la persona que tiene a cargo

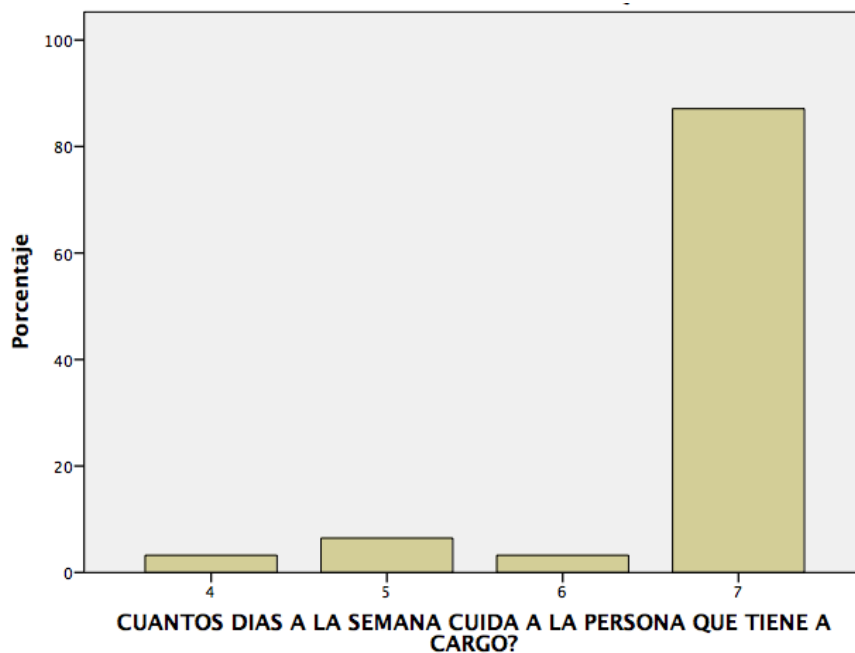


El 45,2% de la población objeto, requieren 8 horas al día para el cuidado de la persona a cargo, 19,4% requieren 6 horas y 12,9% requieren 12 horas al día.

Tabla 5 Distribución de la población según los días a la semana que cuida a la persona que tiene a cargo

	Frecuencia	Porcentaje
4	1	3,2
5	2	6,5
6	1	3,2
7	27	87,1
Total	31	100

Gráfico 5 Distribución de la población según los días a la semana que cuida a la persona que tiene a cargo

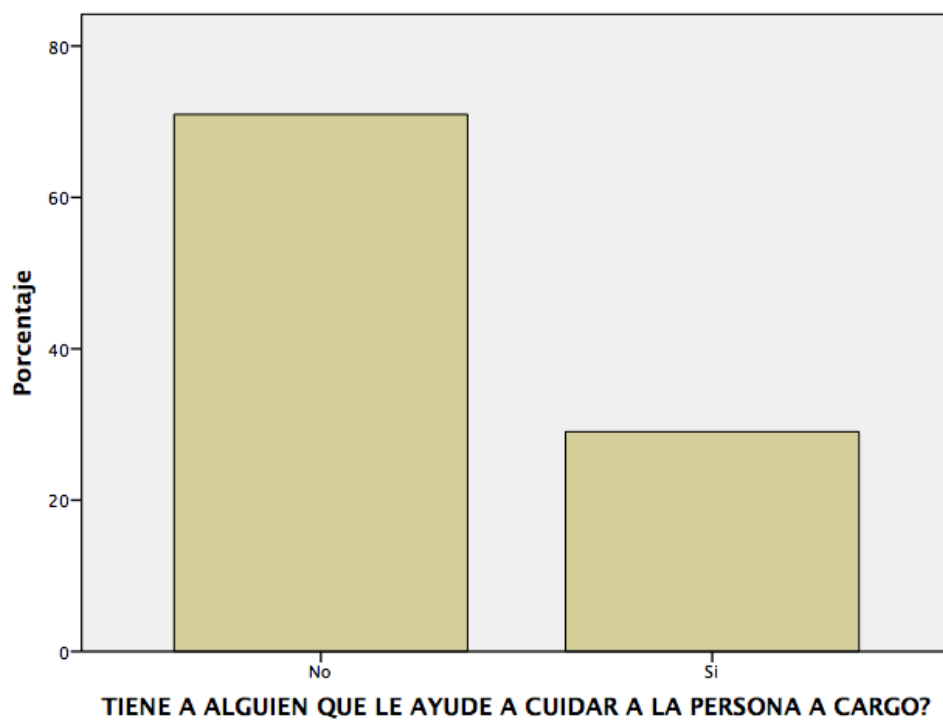


9 de cada 10 personas encuestadas cuidan a las personas a su cargo los 7 días de la semana.

Tabla 6 Distribución de la población según si tiene a alguien que le ayude a cuidar a la persona a cargo

	Frecuencia	Porcentaje
No	22	71
Si	9	29
Total	31	100

Gráfico 6 Distribución de la población según si tiene a alguien que le ayude a cuidar a la persona a cargo

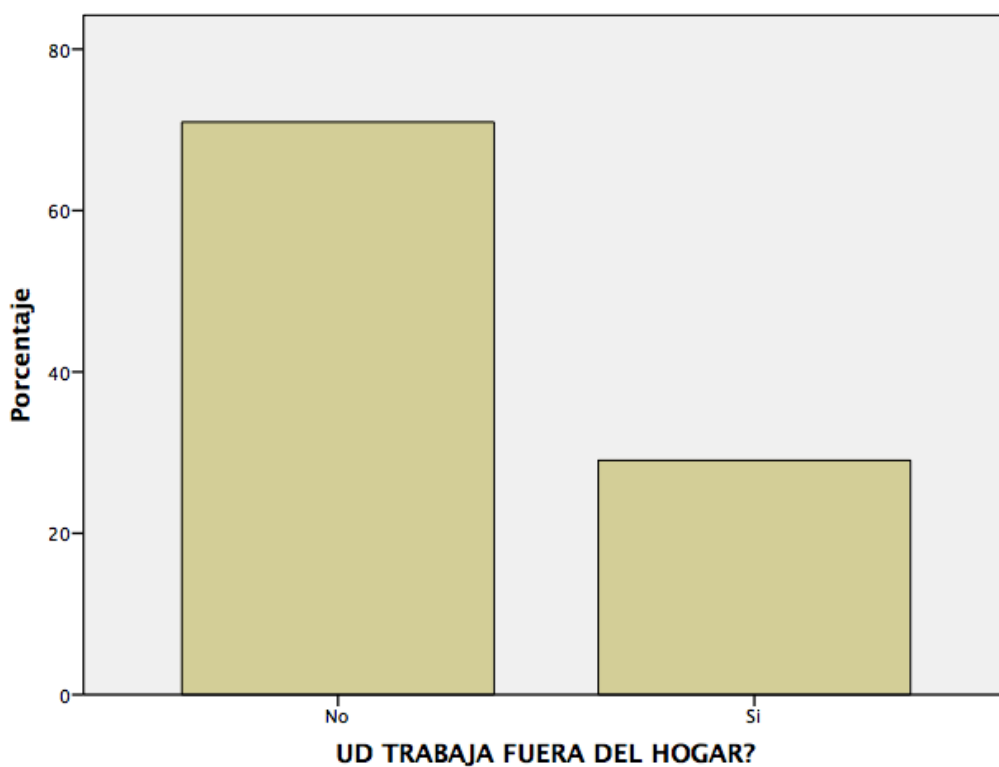


El 71% de la población encuestada no tiene quien le ayude en el cuidado de la persona a cargo

Tabla 7 Distribución de la población según su si trabaja fuera del hogar

	Frecuencia	Porcentaje
No	22	71
Si	9	29
Total	31	100

Gráfico 7 Distribución de la población según si trabaja fuera del hogar

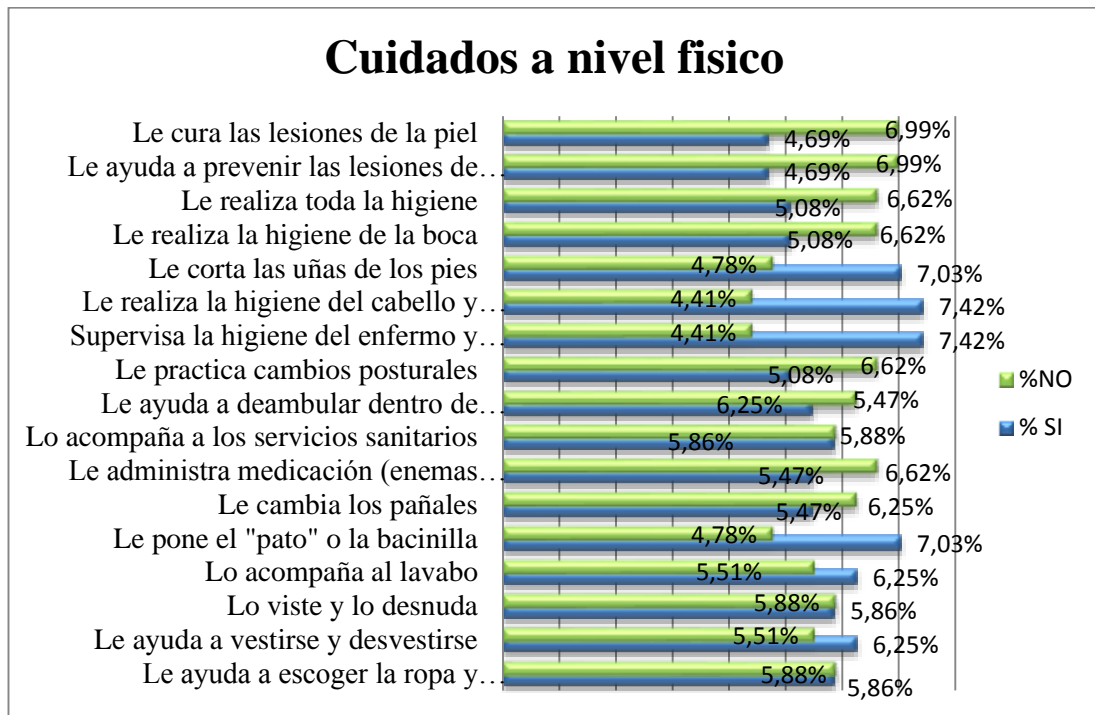


El 71% de la población objeto de estudio no tiene actividades laborales fuera del hogar

Tabla 8 Distribución de los cuidados a nivel físico.

Cuidados a nivel físico					
PREGUNTAS	TOTAL	NO	SI	% SI	%NO
Le ayuda a escoger la ropa y calzados adecuados	31	16	15	5,86%	5,88%
Le ayuda a vestirse y desvestirse	31	15	16	6,25%	5,51%
Lo viste y lo desnuda	31	16	15	5,86%	5,88%
Lo acompaña al lavabo	31	15	16	6,25%	5,51%
Le pone el "pato" o la bacinilla	31	13	18	7,03%	4,78%
Le cambia los pañales	31	17	14	5,47%	6,25%
Le administra medicación (enemas para regular la digestión)	31	18	14	5,47%	6,62%
Lo acompaña a los servicios sanitarios	31	16	15	5,86%	5,88%
Le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón	31	17	14	5,47%	6,25%
Le practica cambios posturales	31	18	13	5,08%	6,62%
Supervisa la higiene del enfermo y del hogar	31	12	19	7,42%	4,41%
Le realiza la higiene del cabello y los pies	31	12	19	7,42%	4,41%
Le corta las uñas de los pies	31	13	18	7,03%	4,78%
Le realiza la higiene de la boca	31	18	13	5,08%	6,62%
Le realiza toda la higiene	31	18	13	5,08%	6,62%
Le ayuda a prevenir las lesiones de la piel	31	19	12	4,69%	6,99%
Le cura las lesiones de la piel	31	19	12	4,69%	6,99%
TOTAL		272	256	100%	100%

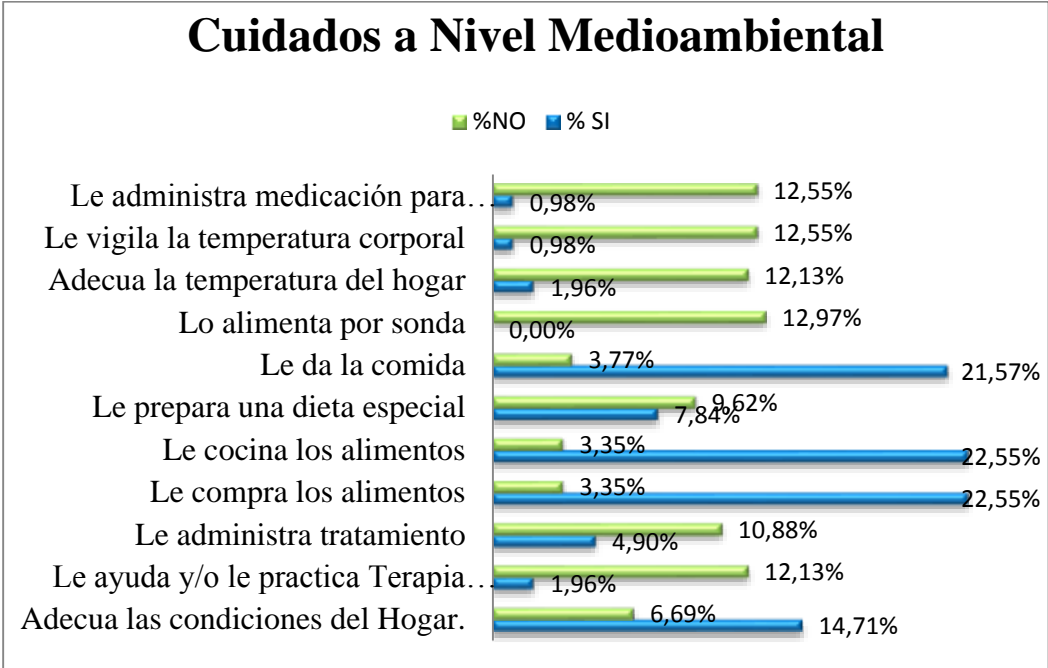
Gráfico 8 Distribución de los cuidados a nivel físico.



Después de la tabulación de datos, de los cuidados a nivel físico, se puede determinar que el 7.42% de la población encuestada, supervisa la higiene del enfermo, y realiza higiene del cabello y pies, El 7,03%, le corta las uñas y le pone el pato o la bacinilla, y el 6,25% le ayuda a vestirse y a desvestirse. Evidenciándose que los cuidados a nivel físico que realizan con más frecuencia son los de aseo personal.

En cuanto a los cuidados que realiza el cuidador con menor frecuencia se destaca el 6.62% de los cuidadores no administra medicación, al igual que 6.25% que no realizan cambios posturales seguido del 6.25% no le ayuda a caminar dentro de casa.

Gráfico 9 Distribución de los cuidados a nivel medio ambiental

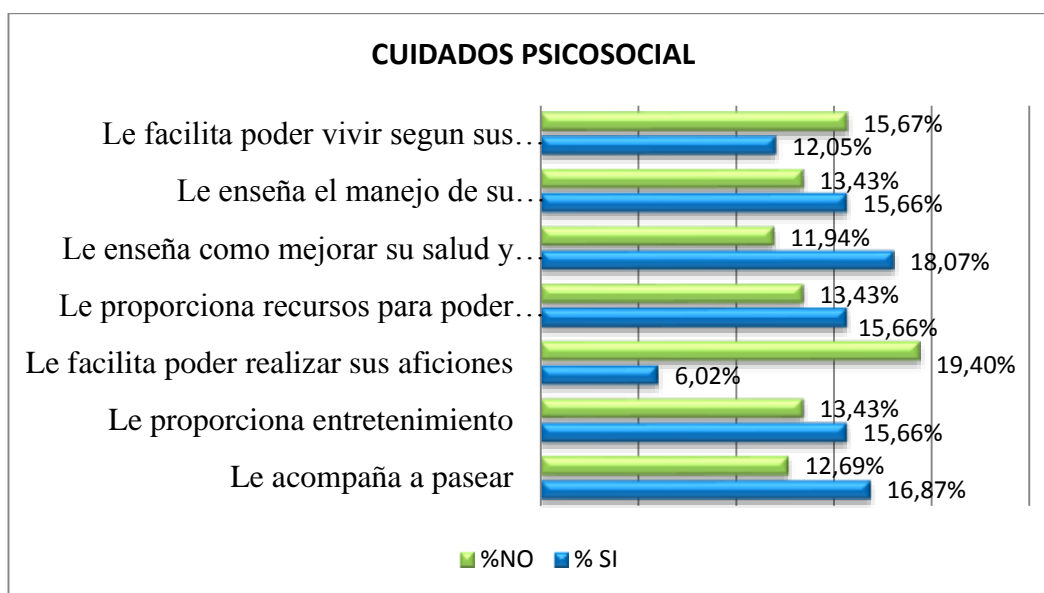


El 22.55% de la población encuestada en el cuidado a nivel Medioambiental, cocina y compra los alimentos, seguida de un 21.57% que le da de comer. En cuanto a los cuidados que realizan los cuidadores con menor frecuencia destaca con un 12.97% que no lo alimentan por sonda. Y lo más importante con un 12.13% no le ayuda o le practica Terapia.

Tabla 9 Distribución de los cuidados a nivel psicosocial.

CUIDADOS PSICOSOCIAL					
PREGUNTAS	TOTAL	NO	SI	% SI	%NO
Le acompaña a pasear	31	17	14	16,87%	12,69%
Le proporciona entretenimiento	31	18	13	15,66%	13,43%
Le facilita poder realizar sus aficiones	31	26	5	6,02%	19,40%
Le proporciona recursos para poder aprender	31	18	13	15,66%	13,43%
Le enseña cómo mejorar su salud y bienestar	31	16	15	18,07%	11,94%
Le enseña el manejo de su enfermedad	31	18	13	15,66%	13,43%
Le facilita poder vivir según sus creencias y valores	31	21	10	12,05%	15,67%
TOTAL		134	83	100%	100%

Gráfico 10 Distribución de los cuidados a nivel psicosocial.

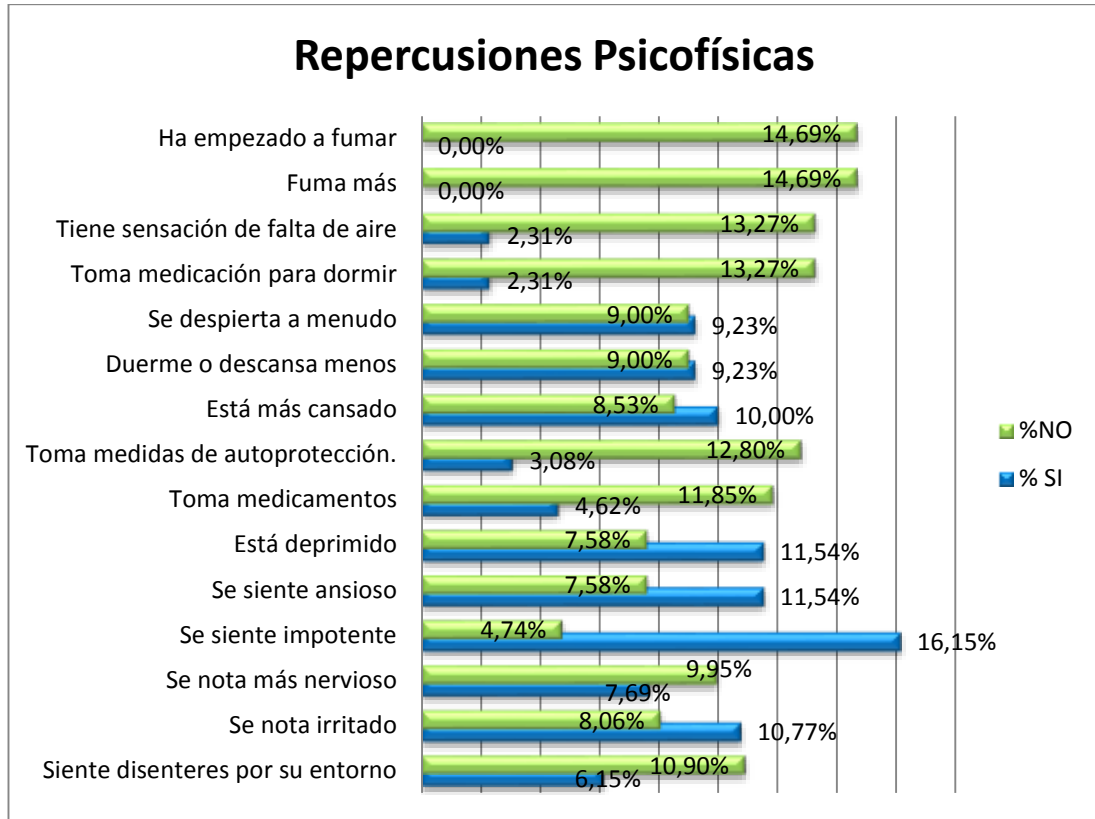


Después de la analizar los de datos, de los cuidados a nivel psicosocial, se puede determinar que el 18.07% de la población encuestada enseña al paciente con discapacidad física a mejorar su salud, seguido del 16.87% que le acompaña a pasear. Los cuidados que los cuidadores realizan con menor frecuencia son con un 19.40% le facilita poder realizar sus aficiones., y con un 15.67% le facilita poder vivir según sus creencias y valores.

Tabla 10 Distribución de repercusión psicofísicas

Repercusiones psicofísicas					
PREGUNTAS	TOTAL	NO	SI	% SI	%NO
Siente desinterés por su entorno	31	23	8	6,15%	10,90%
Se nota irritado	31	17	14	10,77%	8,06%
Se nota más nervioso	31	21	10	7,69%	9,95%
Se siente impotente	31	10	21	16,15%	4,74%
Se siente ansioso	31	16	15	11,54%	7,58%
Está deprimido	31	16	15	11,54%	7,58%
Toma medicamentos	31	25	6	4,62%	11,85%
Toma medidas de autoprotección.	31	27	4	3,08%	12,80%
Está más cansado	31	18	13	10,00%	8,53%
Duerme o descansa menos	31	19	12	9,23%	9,00%
Se despierta a menudo	31	19	12	9,23%	9,00%
Toma medicación para dormir	31	28	3	2,31%	13,27%
Tiene sensación de falta de aire	31	28	3	2,31%	13,27%
Fuma más	31	31	0	0,00%	14,69%
Ha empezado a fumar	31	31	0	0,00%	14,69%
TOTAL		211	130	100%	100%

Gráfico 11 Distribución de repercusión psicofísicas

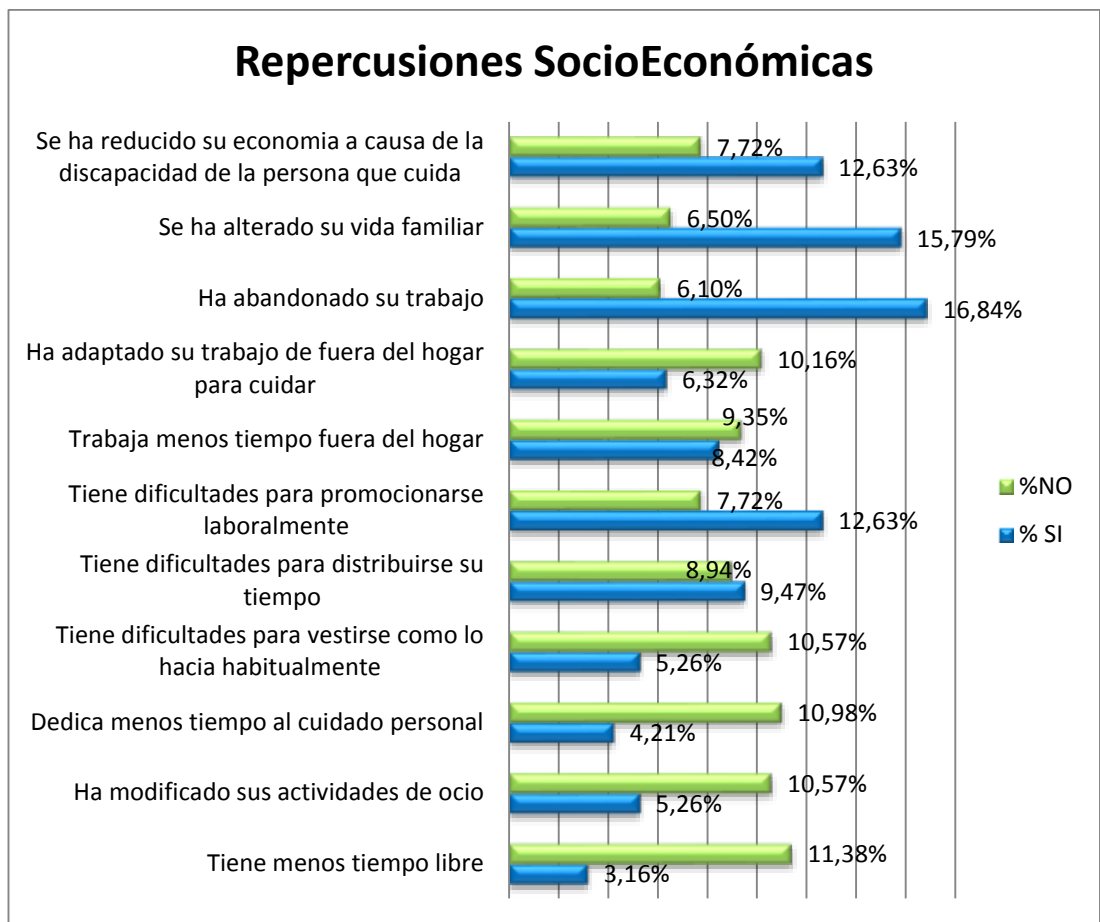


En cuanto a las repercusiones psicofísica, se puede determinar que el 16.15% de la población encuestada se sentirse impotente, y el 11.54% se siente ansioso y está deprimido, sin embargo, el 14,69% de los cuidadores no han empezado a fumar. Y el 13.67% no toma medicación para dormir. Evidenciándose que las principales repercusiones psicofísicas son a nivel psicológico.

Tabla 11 Distribución de repercusión socioeconómicas

Repercusiones Socioeconómicas					
PREGUNTAS	TOTAL	NO	SI	% SI	%NO
Tiene menos tiempo libre	31	28	3	3,16%	11,38%
Ha modificado sus actividades de ocio	31	26	5	5,26%	10,57%
Dedica menos tiempo al cuidado personal	31	27	4	4,21%	10,98%
Tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente	31	26	5	5,26%	10,57%
Tiene dificultades para distribuirse su tiempo	31	22	9	9,47%	8,94%
Tiene dificultades para promocionarse laboralmente	31	19	12	12,63%	7,72%
Trabaja menos tiempo fuera del hogar	31	23	8	8,42%	9,35%
Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar	31	25	6	6,32%	10,16%
Ha abandonado su trabajo	31	15	16	16,84%	6,10%
Se ha alterado su vida familiar	31	16	15	15,79%	6,50%
Se ha reducido su economía a causa de la discapacidad de la persona que cuida	31	19	12	12,63%	7,72%
TOTAL		246	95	100%	100%

Gráfico 12 Distribución de repercusiones socioeconómicas

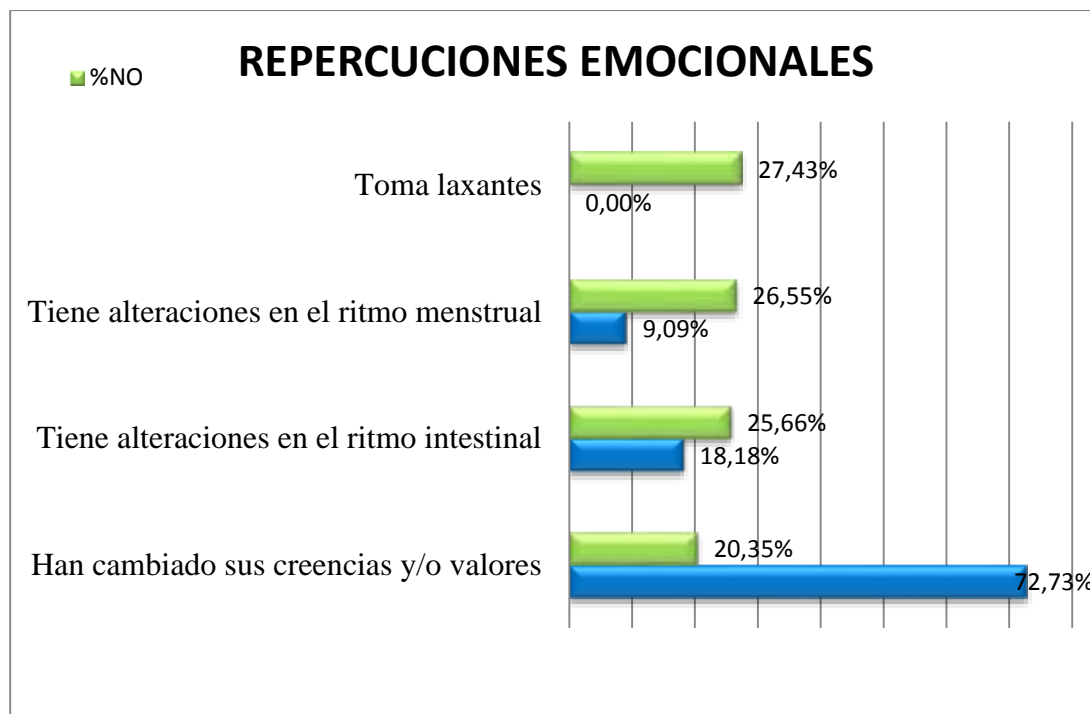


La principal repercusión socioeconómica es que el 16,84% de la población ha tenido que abandonar su trabajo para realizar las actividades de cuidado, por lo que el 15.79% ha alterado su vida familiar.

Tabla 12 Distribución de repercusión emocionales

Repercusiones Emocionales					
PREGUNTAS	TOTAL	NO	SI	% SI	%NO
Han cambiado sus creencias y/o valores	31	23	8	72,73%	20,35%
Tiene alteraciones en el ritmo intestinal	31	29	2	18,18%	25,66%
Tiene alteraciones en el ritmo menstrual	31	30	1	9,09%	26,55%
Toma laxantes	31	31	0	0,00%	27,43%
TOTAL		113	11	100%	100%

Gráfico 13 Distribución de repercusión emocional.



En cuanto a las repercusiones emocionales el 72,73% ha cambiado sus creencias y valores y el 18.18% tiene alteraciones en el ritmo intestinal producto del estrés causado en el cuidado de las personas con discapacidad

4.2 Discusión de Resultados

Al analizar los resultados se pudo encontrar que el 67% de los cuidadores encuestados son mujeres lo cual concuerda con las estadísticas mundiales y los estudios realizados los que afirman que entre el 70% y el 90% de los cuidadores corresponden al sexo femenino, llegando a afirmar que esta actividad es considerada propia de las mujeres por lo que la IMSERSO recomienda tomar en cuenta planes de intervención primaria relacionados con las dificultades propias que se pueden presentar en las mujeres (García, 2010).

En cuanto a la edad el 41,9% están en el grupo de los 46 a los 60 años y el 35,5% en el grupo de los 31 a los 45 años; encontrándose que las personas cuidadoras se encuentran dentro de la población económicamente activa, llama la atención la predominancia del grupo de los 46 a los 60 años lo cual también coincide con otras investigaciones como por ejemplo Ruiz y Moya con su estudio “El cuidado informal: una visión actual “ en donde la edad promedio de los cuidadores es 52 años, de la misma manera como se recomienda intervención primaria en las mujeres también se debe tomar en cuenta la edad en estos planes de intervención (Ruiz & Moya, 2012).

Al considerar el tipo de parentesco que tienen las personas a cargo con sus cuidadores se observó que la mitad de los cuidadores son padres, el 16,1% son hermanos, el 9,7% son hijos y en una misma proporción (9,7%) esposos; por lo evidenciado anteriormente se puede decir que existe un factor determinante entre el cuidado a personas con discapacidad y el grado de parentesco siendo el de mayor prevalencia el de primer grado de consanguinidad como es la relación padres e hijos, o entre hermanos lo cual concuerda con el estudio “Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad” realizado en Colombia donde se encontró que los padres son los que prevalecen como cuidadores de personas con discapacidad. (Buitrago, Ortiz , & Eslava, 2010)

Se encontró un índice alto al revisar la cantidad de horas al día que se requieren para el cuidado de las personas a cargo, por ejemplo, el 45,2% requieren 8 horas al día,

el 19,4% requieren 6 horas y 12,9% requieren 12 horas al día; para completar el análisis de esta información es necesario tomar en cuenta el número de días a la semana que los cuidadores ejecutan esa actividad, siendo que 9 de cada 10 encuestados, cuidan a las personas a su cargo los 7 días de la semana; además el 71% de la población encuestada no tiene quien le ayude en el cuidado de la persona a cargo y el 71% de la población objeto de estudio no tiene actividades laborales fuera del hogar; por lo que se puede observar, el cuidado de las personas con discapacidad requiere en promedio casi la mitad del tiempo disponible en la semana para realizar actividades que no sean ocio o descanso; este dato puede dar algún indicio con respecto a la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador y también de la persona a cargo, ya que Archury, Castaño, Gómez y Guevara mencionan que la falta de actividad, dispersión, alteración del trabajo habitual, entre otras afectan directamente sobre la calidad de vida del cuidador y su entorno (Archury D. , Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Al revisar los resultados relacionados con la demanda en la intensidad de las actividades en los cuidados físicos el 48,4% sostiene que son poco demandantes y el 45,2% son altamente demandantes; las actividades que se tomaron en cuenta fueron: le ayuda a escoger la ropa y calzado adecuados, le ayuda a vestirse y desvestirse, lo viste y lo desnuda, lo acompaña al lavabo, le pone la bacinilla o pato, le cambia los pañales, le administra medicación o enemas para regular el tránsito intestinal, lo acompaña a los servicios sanitarios, le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón, supervisa la higiene del enfermo y del hogar, le practica cambios posturales, le realiza la higiene de cabello y los pies, le corta las uñas de los pies, le realiza la higiene de la boca, le realiza toda la higiene, le previene las lecciones de la piel.

Y le cura las lesiones de la piel; en este caso llama la atención los resultados tan extremos, lo cual no coincide con la mayoría de los estudios realizados en cuanto a esta situación por ejemplo un estudio de tipo experimental realizado en España en el 2012 el cual utiliza el mismo instrumento aplicado en este trabajo, menciona que la demanda en la intensidad de las actividades en los cuidados físicos es alta por lo que sugiere intervención inmediata en este ámbito. (Molina, 2012)

Las actividades del cuidado medioambiental que el instrumento toma en cuenta son: adecua las condiciones del hogar, le ayuda y le practica rehabilitación respiratoria, le administra tratamiento, le compra los alimentos, le cocina de los alimentos, le prepara una dieta especial, le da la comida, lo alimenta por sonda.

adecua la temperatura del hogar, le vigila la temperatura corporal, le administra medicación para regular la temperatura; frente a estas actividades el 54,8% cree que son poco demandantes y el 41,9% son moderadamente demandantes; por lo visto los encuestados, en las actividades del ámbito medioambiental sienten poca sobre carga en su trabajo, ahora lo importante sería analizar qué tan acordes son estas actividades con la realidad de la población objeto, ya que la parroquia intervenida en este trabajo en el 80% corresponde a sector rural en donde la situación socioeconómica prima la pobreza por lo que actividades como regular la temperatura del hogar, no son aplicables en esta zona en donde algunos sectores aún ni siquiera tienen acceso a energía eléctrica y mucho menos a un sistema de calefacción; por lo que no se puede asumir por completo este resultado, lo cual justifica de alguna manera la discrepancia con el estudio mencionado anteriormente en donde la demanda en la intensidad de estas actividades es alta en un 60% de la población y moderada en un 35%. (Molina, 2012)

En lo que respecta a las actividades relacionadas con los cuidados psicosociales se tuvieron en cuenta: le acompaña a pasear, le proporciona entretenimiento, le facilita poder realizar sus aficiones, le proporciona recursos para poder aprender, le enseña cómo mejorar su salud y bienestar, le enseña manejo de su enfermedad, le facilita poder vivir según sus creencias y valores; la mitad de la población afirma que son poco demandantes, el 25,8% altamente demandantes y el 22,6% moderadamente demandantes; esta información evidencia un dato relevante ya que por lo visto estas actividades son poco atendidas por parte del cuidador ya que están relacionadas con actividades de ocio para la persona dependiente por lo cual, de alguna manera no son consideradas prioritarias; esta información es preocupante ya que investigaciones sobre calidad de vida en las personas con discapacidad dicen que estas actividades

aportan significativamente en la calidad de vida de esta población ya que puede estimular y mejorar ciertas capacidades. (Buitrago, Ortíz , & Eslava, 2010)

En cuanto a las repercusiones psicofísicas como consecuencia de cuidar las actividades que se tomó en cuenta fueron: siente desinterés por su entorno, se nota irritado, se nota más nervioso, se siente impotente, se siente ansioso, está deprimido, toma medicamentos, toma medidas de autoprotección, está más cansado, duerme o descansa menos, se despierta a menudo, toma medicación para dormir, tiene sensación de falta de aire, fuma más y ha empezado a fumar; en las cuales el 64,5% considera que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves y el 29% repercusiones moderadas; al igual que en el caso de los cuidados en el ámbito medioambiental; el cuestionario, los autores del presente trabajo, creen que no se adapta a la situación real de la población ya que consecuencias que están relacionadas con el fumar tienen una baja prevalencia en el total de la población según el Ministerio de Salud Pública la actividad de fumar tiene una prevalencia marcada en el sector urbano, mientras que en el sector rural la actividad de mayor prevalencia se relaciona con el consumo de alcohol de origen artesanal; y como se evidencia el instrumento no toma en cuenta esta actividad; por lo que la información obtenida en este estudio con respecto a esta área no puede ser determinante. (DANE, 2013)

Las repercusiones socioeconómicas considera consecuencias como: tiene menos tiempo libre, ha modificado sus actividades de ocio, dedica menos tiempo al cuidado personal, tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente, tiene dificultades para distribuirse su tiempo, tiene dificultades para promocionarse laboralmente, trabaja menos tiempo fuera del hogar, adaptado su trabajo fuera del hogar para cuidar, ha abandonado su trabajo, se ha alterado su vida familiar y se ha reducido su economía; ante las cuales el 64,5% considera que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves y el 22,6% repercusiones moderadas; por lo que se evidencia se puede determinar que el cuidar a una persona con discapacidad no tiene efectos importantes sobre la situación socioeconómica del cuidador, dato que discrepa con otros estudios que afirman que el cuidar a una persona dependiente afecta directamente de manera proporcional con la condición socioeconómica. (Ruiz &

Moya, 2012)

En cuanto a las repercusiones emocionales las consecuencias que se consideraron fueron: han cambiado sus creencias y valores, tiene alteraciones en el ritmo intestinal, tiene alteraciones en el ritmo menstrual y toma laxantes; en las cuales el 93,5% de la población objeto de estudio cree que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves; esta información coincide con el estudio realizado en España en el cual el 80% refiere que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves en este ámbito, pero se aclara que esta conclusión se debe contrastar con un perfil de personalidad ya que de esto depende como se puede afectar emocionalmente una persona. (Molina, 2012)

4.3 Respuestas a las preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

Al analizar los resultados se pudo encontrar que el 67% de los cuidadores encuestados son mujeres; en cuanto a la edad el 41,9% están en el grupo de los 46 a los 60 años y el 35,5% en el grupo de los 31 a los 45 años; encontrándose que las personas cuidadoras se encuentran dentro de la población económicamente activa; al considerar el tipo de parentesco que tienen las personas a cargo con sus cuidadores se observó que la mitad de los cuidadores son padres, el 16,1% son hermanos, el 9,7% son hijos y en una misma proporción (9,7%) esposos; por lo evidenciado anteriormente se puede decir que existe un factor determinante entre el cuidado a personas con discapacidad y el grado de parentesco siendo el de mayor prevalencia el de primer grado de consanguinidad como es la relación padres e hijos o entre hermanos.

2. ¿Cuáles son los cuidados que presta el cuidador a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad a cargo?

En cuanto a la demanda de los cuidados a nivel físico, medioambiental y psicosocial en la persona con discapacidad a cargo, se encontró en el nivel físico un índice alto al revisar la cantidad de horas al día que se requieren para el cuidado de las personas a cargo, por ejemplo, el 45,2% requieren 8 horas al día, el 19,4% requieren 6 horas y 12,9% requieren 12 horas al día; para completar el análisis de esta información es necesario tomar en cuenta el número de días a la semana que los cuidadores ejecutan esa actividad, siendo que 9 de cada 10 encuestados, cuidan a las personas a su cargo los 7 días de la semana; además el 71% de la población encuestada no tiene quien le ayude en el cuidado de la persona a cargo y el 71% de la población objeto de estudio no tiene actividades laborales fuera del hogar; por lo que se puede observar, el cuidado de las personas con discapacidad requiere en promedio casi la mitad del tiempo disponible en la semana para realizar actividades que no sean ocio o descanso.

Al revisar los resultados relacionados con la demanda en la intensidad de las actividades en los cuidados físicos el 48,4% sostiene que son poco demandantes y el 45,2% son altamente demandantes; las actividades que se tomaron en cuenta fueron: le ayuda a escoger la ropa y calzado adecuados, le ayuda a vestirse y desvestirse, lo viste y lo desnuda, lo acompaña al lavabo, le pone la bacinilla o pato, le cambia los pañales, le administra medicación o enemas para regular el tránsito intestinal, lo acompaña a los servicios sanitarios, le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón, supervisa la higiene del enfermo y del hogar, le practica cambios posturales, le realiza la higiene de cabello y los pies, le corta las uñas de los pies, le realiza la higiene de la boca, le realiza toda la higiene, le previene las lecciones de la piel y le cura las lesiones de la piel.

Las actividades del cuidado medioambiental que el instrumento toma en cuenta son: adecua las condiciones del hogar, le ayuda y le practica rehabilitación respiratoria, le administra tratamiento, le compra los alimentos, le cocina de los

alimentos, le prepara una dieta especial, le da la comida, lo alimenta por sonda, adecua la temperatura del hogar, le vigila la temperatura corporal, le administra medicación para regular la temperatura; frente a estas actividades el 54,8% cree que son poco demandantes y el 41,9% son moderadamente demandantes.

En lo que respecta a las actividades relacionadas con los cuidados psicosociales se tuvieron en cuenta: le acompaña a pasear, le proporciona entretenimiento, le facilita poder realizar sus aficiones, le proporciona recursos para poder aprender, le enseña cómo mejorar su salud y bienestar, le enseña manejo de su enfermedad, le facilita poder vivir según sus creencias y valores; la mitad de la población afirma que son poco demandantes, el 25,8% altamente demandantes y el 22,6% moderadamente demandantes.

3. ¿Cuáles son las principales repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad?

En lo que a las repercusiones en el ámbito psicofísico, socioeconómico y emocional como consecuencia de cuidar; a nivel psicofísico las actividades que se tomó en cuenta fueron: siente desinterés por su entorno, se nota irritado, se nota más nervioso, se siente impotente, se siente ansioso, está deprimido, toma medicamentos, toma medidas de autoprotección, está más cansado, duerme o descansa menos, se despierta a menudo, toma medicación para dormir, tiene sensación de falta de aire, fuma más y ha empezado a fumar; en las cuales el 64,5% considera que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves y el 29% repercusiones moderadas.

Las repercusiones socioeconómicas considera consecuencias como: tiene menos tiempo libre, ha modificado sus actividades de ocio, dedica menos tiempo al cuidado personal, tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente, tiene dificultades para distribuirse su tiempo, tiene dificultades para promocionarse laboralmente, trabaja menos tiempo fuera del hogar, adaptado su trabajo fuera del

hogar para cuidar, ha abandonado su trabajo, se ha alterado su vida familiar y se ha reducido su economía; ante las cuales el 64,5% considera que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves y el 22,6% repercusiones moderadas.

En cuanto a las repercusiones emocionales las consecuencias que se consideraron fueron: han cambiado sus creencias y valores, tiene alteraciones en el ritmo intestinal, tiene alteraciones en el ritmo menstrual y toma laxantes; en las cuales el 93,5% de la población objeto de estudio cree que el cuidado de la persona a cargo tiene repercusiones leves.

4.4 Conclusiones

1. La actividad de cuidar a una persona con discapacidad es considerada propia del género femenino, en cuanto a la edad la mayoría se encuentra dentro del grupo de la población económicamente activa; el grado de parentesco que prevalece es el de primer grado de consanguinidad; es decir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio concuerdan con las estadísticas mundiales.
2. El tiempo que demanda el cuidado es alto, ya que en promedio se dedican 56 horas a la semana para estas actividades, además no tienen otra persona que apoye en estas labores y no realizan actividades laborales fuera del hogar; en cuanto a las actividades que presta el cuidador a nivel físico predomina la supervisión de la higiene de la persona a cargo así como el cuidado de cabello y pies, a nivel medioambiental el cuidador se encarga en su totalidad de la compra y preparación de los alimentos, en cuanto que a nivel psicosocial; menos de la mitad de los cuidadores acompañan a pasear a la persona con discapacidad física a cargo.

3. Las repercusiones de cuidar a una persona con discapacidad física tienen consecuencias en el ámbito psicofísico el sentimiento de impotencia es el predominante seguido de ansiedad y depresión, acompañado de que a nivel socioeconómico el cuidador de la persona con discapacidad física no puede trabajar, esto hace que a nivel emocional opte por cambiar sus creencias y religiones.

4.5 Recomendaciones

1. Al diseñar y ejecutar futuros planes de intervención en los cuidadores de personas con discapacidad, es importante tomar en cuenta las características sociodemográficas de la población; es decir deben ser enfocados en mujeres, del grupo de población económicamente activa y con parentesco del primer grado de consanguinidad.
2. Teniendo en cuenta los resultados sobre la demanda del cuidado que presta el cuidador a nivel físico, es necesario implementar en el diseño de los futuros planes de intervención, capacitación al cuidador sobre la correcta forma de ejecutar los cuidados desde el punto de vista físico por parte de los Fisioterapeutas
3. Se recomienda revisar el instrumento ICUB97-R y realizar un estudio, el cual permita hacer una adaptación a la situación de la población del área rural en donde se tome en cuenta las costumbres y las condiciones de vida de los campesinos indígenas del cantón Otavalo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Archury , D., Castaño, H., Gómez , L., & Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *investifgacion en enfermeria: imagen y desarrollo.*, 27-46.
- 2) Archury, D., Castaño, H., Gómez, L., & Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *investifgacion en enfermeria: imagen y desarrollo.*, 27-46.
- 3) Asamblea Constituyente de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador* (1 ed.). Montecristi: Asamblea Nacional del Ecuador.
- 4) Asamblea Nacional del Ecuador. (25 de Septiembre de 2012). Recuperado el 6 de Noviembre de 2015, de CONADIS: www.consejodiscapacidades.gob.ec/.../ley_organica_discapacidades.pdf
- 5) Buitrago, M., Ortíz , S., & Eslava, D. (Enero de 2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Investigación en Enfermería*, 12(1), 59-77.
- 6) Col-legi Oficial d Infermeres i Infermers. (15 de Octubre de 2015). *Infermera virtual*. Recuperado el 19 de Octubre de 2015, de Actividades de la vida diaria: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria
- 7) Consejo Nacional de Planificación. (Junio de 2013). *Plan nacional del buen vivir* (1º edición ed.). (S. N. Desarrollo, Ed.) Quito: Senplades. Obtenido de www.documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%2002...
- 8) Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 9) DANE. (2013). *Encuesta nacional sobre condiciones de vida*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2015, de Ecuador en cifras: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=56

- 10) Figueroa, Y. (2011). Situación del cuidador y características del cuidador de personas con discapacidad de Santiago de Cali. *Revista Chilena de Salud Pública*, 83-89.
- 11) García. (2010). *Los Tiempos del Cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid, España: IMSERSO.
- 12) García, F., Ibañez, J., & Alvira, F. (2013). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.
- 13) García, L. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Departamento de enfermería, Barcelona.
- 14) Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- 15) IMSERSO. (2013). *Cuidado del cuidador*. Recuperado el 6 de Mayo de 2015, de www.imsersomayores.csic.es
- 16) INEGI. (s/f). *Clasificación del Tipo de Discapacidad*. Recuperado el 19 de agosto de 2015, de www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf
- 17) Martínez, M. M. (2010). *Guía básica para el cuidador de personas en situación de dependencia*. Obtenido de Gobierno de Aragón : http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/Gu%C3%ADa%20B%C3%A1sica%20para%20el%20Cuidador_SC.pdf
- 18) Molina, R. (Enero de 2012). Efecto de la aplicación del plan funcional de personas cuidadoras sobre la ansiedad y calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes con alteraciones neurológicas. *Nure Investigación*, 9(56), 2-25.
- 19) *Organización Mundial de la Salud*. (2011). Recuperado el 17 de septiembre de 2015, de www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- 20) Organización Panamericana de Salud . (4 de Diciembre de 2012). Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de *Discapacidad Accesibilidad Entre 140 y 180 millones de personas viven con una discapacidad en las Américas:*

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=610:entre-140-180-millones-personas-viven-discapacidad-americas&catid=704:discapacidad--accesibilidad&Itemid=247

- 21) Rojas, M. (2006). *Cuidar al que cuida. Claves para el bienestar del que cuida a un ser querido*. Madrid: Santillana.
- 22) Ruiz, R., & Moya, A. (2012). El cuidado informal: una vision actual. *Revista de Motivacion y emocion.*, 22-30.
- 23) Salgado, A. (27 de Febrero de 2015). *La observación*. Obtenido de <http://www.salgadoanoni.cl/wordpressjs/wp-content/uploads/2010/03/la-observacion.pdf>
- 24) Salud, O. M. (2001). *Clasificacion Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud*. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, de http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
- 25) Universidad de Navarra. (27 de Febrero de 2015). *La Encuesta y los Diseños de Investigación*. Obtenido de http://www.unavarra.es/personal/vidaldiaz/pdf/tipos_encuestas.PDF

ANEXOS

ANEXO 1. MAPA DE UBICACIÓN



ANEXO 2. ENCUESTA APLICADA
ATENCIÓN A CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PARTE 1

Cuestionario ICUB97-R

CUIDADOS QUE PRESTA EL CUIDADOR: 1ª parte

Cuidados físicos	Cuidados medioambientales	Cuidados psicosociales
<input type="checkbox"/> Le ayuda a escoger la ropa y calzado adecuados. <input type="checkbox"/> Le ayuda a vestirse y desvestirse. <input type="checkbox"/> Lo viste y lo desnuda. <input type="checkbox"/> Lo acompaña al lavabo. <input type="checkbox"/> Le pone la cuña. <input type="checkbox"/> Le cambia los pañales. <input type="checkbox"/> Le administra medicación/enemas para regular el tránsito intestinal. <input type="checkbox"/> Lo acompaña a los servicios sanitarios. <input type="checkbox"/> Le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón. <input type="checkbox"/> Le practica cambios posturales. <input type="checkbox"/> Supervisa la higiene del enfermo y del hogar. <input type="checkbox"/> Le realiza la higiene de cabello y /o pies. <input type="checkbox"/> Le corta las uñas de los pies. <input type="checkbox"/> Le realiza la higiene de la boca. <input type="checkbox"/> Le realiza toda la higiene. <input type="checkbox"/> Le previene las lesiones de la piel. <input type="checkbox"/> Le cura las lesiones de la piel.	<input type="checkbox"/> Adecua las condiciones del hogar. <input type="checkbox"/> Le ayuda y/o le practica rehabilitación respiratoria. <input type="checkbox"/> Le administra tratamiento. <input type="checkbox"/> Le compra los alimentos. <input type="checkbox"/> Le cocina los alimentos. <input type="checkbox"/> Le prepara una dieta especial. <input type="checkbox"/> Le da la comida. <input type="checkbox"/> Lo alimenta por sonda. <input type="checkbox"/> Adecua la temperatura del hogar. <input type="checkbox"/> Le vigila la temperatura corporal. <input type="checkbox"/> Le administra medicación para regular la temperatura.	<input type="checkbox"/> Le acompaña a pasear. <input type="checkbox"/> Le proporciona entretenimiento. <input type="checkbox"/> Le facilita poder realizar sus aficiones. <input type="checkbox"/> Le proporciona recursos para poder aprender. <input type="checkbox"/> Le enseña como mejorar su salud y bienestar. <input type="checkbox"/> Le enseña el manejo de su enfermedad. <input type="checkbox"/> Le facilita poder vivir según sus creencias y valores.

ENCUESTA APLICADA
REPERCUSIONES DEL CUIDA EN EL CUIDADOR

PARTE 2

REPERCUSIONES DEL CUIDAR EN EL CUIDADOR : 2ª parte

Desde que cuida:

Repercusiones Psicofísicas	Repercusiones socioeconómicas	Repercusiones emocionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siente desinterés por su entorno. <input type="checkbox"/> Se nota irritado. <input type="checkbox"/> Se nota más nervioso <input type="checkbox"/> Se siente impotente <input type="checkbox"/> Se siente ansioso. <input type="checkbox"/> Está deprimido. <input type="checkbox"/> Toma medicamentos. <input type="checkbox"/> Toma medidas de autoprotección. <input type="checkbox"/> Está más cansado. <input type="checkbox"/> Duerme/descansa menos. <input type="checkbox"/> Se despierta a menudo. <input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir. <input type="checkbox"/> Tiene sensación de falta de aire. <input type="checkbox"/> Fuma más. <input type="checkbox"/> Ha empezado a fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene menos tiempo libre. <input type="checkbox"/> Ha modificado sus actividades de ocio. <input type="checkbox"/> Dedicar menos tiempo al cuidado personal. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para distribuirse su tiempo. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para promocionarse laboralmente. <input type="checkbox"/> Trabaja menos tiempo fuera del hogar. <input type="checkbox"/> Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar. <input type="checkbox"/> Ha abandonado su trabajo. <input type="checkbox"/> Se ha alterado su vida familiar. <input type="checkbox"/> Se ha reducido su economía. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Han cambiado sus creencias y/o valores. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo intestinal. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo menstrual. <input type="checkbox"/> Toma laxantes.

ANEXO 3. FOTOS RELATORIAS



Entrevista cuidadora de persona con discapacidad.

ENTREVISTA A LOS CUIDADORES EN SUS CASAS EN LA PARROQUIA MIGUEL EGAS - OTAVALO





**CARNET PERSONA CON DISCAPACIDAD
CARNET DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS AL HACER LA
ENCUESTA**



Cuidadora de persona con discapacidad física.

**ENTREVISTA EN LA PARROQUIA MIGUEL EGAS A UNA DE LOS
CUIDADORES**



CARNET DE DISCAPACIDAD DE FÍSICA



CARNET DE DISCAPACIDAD DE FÍSICA

ANEXO 4. CERTIFICADOS DE APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001-073-CEAACES-2013-13
Ibarra-Ecuador

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO


Oficio 340-HCD
Ibarra, 28 de mayo de 2015

Dra.
Salomé Gordillo
COORDINADORA CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria realizada el 27 de mayo de 2015; conoció oficio 59-D de fecha 22/05/2015, suscrito por la Dra. Mariana Oleas Decana y oficio 010-CA-TFM; al respecto este organismo, resolvió acoger la resolución de la Comisión Asesora y aprobar el Proyecto de Trabajo de Grado titulado "CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTON OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014" de autoría de las /los señor/itas XAVIER GARCIA MOREIRA Y JOSE TASIGUANO GUAÑUNA.

Se nombra como Director/a de Trabajo de Grado a Lic. Marcela Baquero. Al tenor de la Disposición Transitoria Quinta, literal a) del Reglamento de Régimen Académico, el estudiante dispondrá como máximo 18 meses para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterá a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


Dr. Jorge Guevara E.
SECRETARIO JURIDICO

Copia: Dra. Mariana Oleas, DECANA
Lic. Marcela Baquero, Director/a de Trabajo de Grado
Estudiantes


01-06-2015

Misión Institucional:
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

01-06-2015




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 22 de mayo 2015
Oficio 959-D

Señores
MIEMBROS DEL H. CONSEJO DIRECTIVO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Para que se apruebe en el H. Consejo Directivo de la Facultad, remito Oficio 010-CA-TFM, sugiere se apruebe el anteproyecto presentado con el tema:

"CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTON DE OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014", autores Xavier García Moreira y José Tasiguano Guañuna.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


Dra. Mariana Oleas
DECANA

Cecilia Ch



UTN - Eje 0033
SECCION
23-05-2015
Aprobación anteproyecto
Lic. Marcela Borjano



Facultad de Ciencias de la Salud
Comisión Asesora Terapia Física Médica



OFICIO 010 CA-TFM
 Ibarra, 21 de mayo 2015

Doctora
 Mariana Oleas, DECANA Y CONSEJO DIRECTIVO
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 Presente.-

De mi consideración:

En sesión ordinaria de la Comisión Asesora de la Carrera de Terapia Física Médica realizada el martes 19 de mayo 2015, luego de la revisión, defensa y aprobación del anteproyecto de trabajo de grado titulado "CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN DE OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015" de autoría de los estudiantes XAVIER EFRÁIN GARCÍA MOREIRA Y JOSÉ LUIS TASIGUANO GUAÑUNA, se resolvió sugerir al H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud la aprobación del mismo y se propone como Directora de Tesis a Licenciada Marcela Baquero.

Atentamente;

"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Dr. Salomé Gordillo Alarcón
 Dra. Salomé Gordillo Alarcón
 COORDINADORA DE TERAPIA FÍSICA



Anexo: 1 anillado

Gladis S.

MISIÓN INSTITUCIONAL

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
 Formar profesionales comprometidos con el cambio social

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
 Tel: 2957-340 / 2609-420 Ext. 7414

22-05-2015

ANEXO 5. SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION COMO ENCUESTA EN LINEA

*Obligatorio

NOMBRE *

EDAD *

GENERO *

- Masculino
- Femenino

TIPO DE DISCAPACIDAD *

TIEMPO CON LA DISCAPACIDAD (AÑOS) *

RELACION O PARENTESCO CON LA PERSONA QUE CUIDA *

- Madre o Padre
- Hermano
- Abuelo o Abuela
- Hijo
- Cónyuge
- Amigo
- Otro

¿CUANTAS HORAS AL DIA REQUIERE PARA CUIDAR A LA PERSONA QUE TIENE A CARGO? *

¿CUANTOS DIAS A LA SEMANA CUIDA A LA PERSONA QUE TIENE A CARGO? *

¿TIENE A ALGUIEN QUE LE AYUDE A CUIDAR A LA PERSONA A CARGO? *

¿UD TRABAJA FUERA DEL HOGAR? *

¿LE AYUDA A ESCOGER LA ROPA Y CALZADOS ADECUADOS? *

¿LE AYUDA A VESTIRSE Y DESVESTIRSE? *

- LO VISTE Y LO DESNUDA *
- LO ACOMPAÑA AL LAVABO *
- LE PONE EL "PATO" O LA VACINILLA *
- LE CAMBIA LOS PAÑALES *
- LE ADMINISTRA MEDICACIÓN (ENEMAS PARA REGULAR LA DIGESTION) *
- LO ACOMPAÑA A LOS SERVICIOS SANITARIOS *
- LE AYUDA A DEAMBULAR DENTRO DE CASA O DE LA CAMA AL SILLON *
- LE PRACTICA CAMBIOS POSTURALES *
- SUPERVISA LA HIGIENE DEL ENFERMO Y DEL HOGAR *
- LE RELIZA LA HIGIENE DEL CABELLO Y LOS PIES *
- LE CORTA LAS UÑAS DE LOS PIES *
- LE REALIZA LA HIGIENE DE LA BOCA *
- LE REALIZA TODA LA HIGIENE *
- LE AYUDA A PREVENIR LAS LESIONES DE LA PIEL *
- LE CURA LAS LESIONES DE LA PIEL *
- ADECUA LAS CONDICIONES DEL HOGAR *
- LE AYUDA Y/O LE PRACTICA TERAPIA RESPIRATORIA *
- LE ADMINISTRA TRATAMIENTO *
- LE COMPRA LOS ALIMENTOS *
- LE COCINA LOS ALIMENTOS *
- LE PREPARA UNA DIETA ESPECIAL *

LE DA LA COMIDA *

LO ALIMENTA POR SONDA *

ADECUA LA TEMPERATURA DEL HOGAR *

LE VIGILA LA TEMPERATURA CORPORAL *

LE ADMINISTRA MEDICACION PARA REGULAR LA TEMPERATURA *

LE ACOMPAÑA A PASEAR *

LE PROPORCIONA ENTRETENIMIENTO *

LE FACILITA PODER REALIZAR SUS AFICIONES *

LE PROPORCIONA RECURSOS PARA PODER APRENDER *

LE ENSEÑA COMO MEJORAR SU SALUD Y BIENESTAR *

LE ENSEÑA EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD *

LE FACILITA PODER VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES *

SIENTE DESINTERES POR SU ENTORNO *

SE NOTA IRRITADO *

SE NOTA MAS NERVIOSO *

SE SIENTE IMPOTENTE *

SE SIENTE ANSIOSO *

ESTA DEPRIMIDO *

TOMA MEDICAMENTOS *

TOMA MEDIDAS DE AUTOPROTECCION *

ESTA MAS CANSADO *

- DUERME O DESCANSA MENOS *
- SE DESPIERTA A MENUDO *
- TOMA MEDICACION PARA DORMIR *
- TIENE SENSACION DE FALTA DE AIRE *
- FUMA MAS *
- HA EMPEZADO A FUMAR *
- TIENE MENOS TIEMPO LIBRE *
- HA MODIFICADO SUS ACTIVIDADES DE OCIO *
- DEDICA MENOS TIEMPO AL CUIDADO PERSONAL *
- TIENE DIFICULTADES PARA VESTIRSE COMO LO HACIA HABITUALMENTE *
- TIENE DIFICULTADES PARA DISTRIBUIRSE SU TIEMPO *
- TIENE DIFICULTADES PARA PROMOCIONARSE LABORALMENTE *
- TRABAJA MENOS TIEMPO FUERA DEL HOGAR *
- HA ADAPTADO SU TRABAJO DE FUERA DEL HOGAR PARA CUIDAR *
- HA ABANDONADO SU TRABAJO *
- SE HA ALTERADO SU VIDA FAMILIAR *
- SE HA REDUCIDO SU ECONOMIA A CAUSA DE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA QUE CUIDA *
- HAN CAMBIADO SUS CREENCIAS Y/O VALORES *
- TIENE ALTERACIONES EN EL RITMO INTESTINAL *
- TIENE ALTERACIONES EN EL RITMO MENSTRUAL *
-

TOMA LAXANTES *

ELABORADO POR

FECHA DE ELABORACION *

<https://docs.google.com/forms/d/1toeIIt7PAvj791qYdUncn8Osy5hDhOcByqfOp7sIGxg/viewform>

ABSTRAC

This research was carried out just at Miguel Egas, parish Otavalo canton in Imbabura province with thirty-two (32) caregivers of people with physical disabilities in this area. The main objective was to characterize the caregivers of people with physical disabilities in Miguel Egas Cabezas, parish Otavalo canton in Imbabura province in the period 2015. It was a non-experimental, descriptive and explanatory, of quantitatively-qualitative and cross-section research; transversal type. To fulfill well applied the raised objectives a survey and an instrument known as ICUB97-R; in the study population it was found that 67% of caregivers are women; referring to the age, it has been 41.9% from 46 to 60 years and 35.5% is 31-45 years being part of the group of the economically active population, the most prevalent degree of kinship, corresponds to the first degree of consanguinity as the parent-child relationship or sibling. Referring to the demand of care, 45.2% requires 8 hours per day, 9 of 10 respondents, care for dependents, 7 days a week; also 71% of the study population does not have someone to care of the person in charge and 71% of the study population does not have work activities outside home; 48.4% said they are undemanding and 45.2% are highly demanding in their phisical care is Analyzing the impact on psychophysical, socioeconomic and emotional level as a result of caring more than half believed they were mild.

Keywords: disability, caregivers, quality of life, people with disabilities

