



**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

**ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE
PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA
ORIENTADO A LOS CUIDADORES**

AUTOR:

WILSON JAVIER LLUMIPANTA CUICHAN

DIRECTORA:

DRA. JELIZ REYES ZAMORA

IBARRA

2016

PÁGINA DE APROBACIÓN

Ibarra, 12 Mayo de 2016

Yo, Jeliz Reyes con cédula de ciudadanía 1756970099, en calidad de tutora de la tesis **ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA ORIENTADOS A LOS CUIDADORES** De autoría del Sr. Wilson Javier Llumipanta Cuichan, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Por lo que me permito asignar la nota de

Atentamente:

Dra. Jeliz Reyes

CI.1756970099

DIRECTORA DE TESIS

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jeliz Reyes', is written over a large, light blue circular stamp or watermark.

AUTORÍA

Yo Wilson Javier Llumipanta Cuichan declaro bajo juramento que el presente trabajo es de mi autoría **“ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA ORIENTADOS A LOS CUIDADORES”** Y los resultados de la investigación son de mi total responsabilidad, además que no ha sido presentado previamente para ningún grado ni calificación profesional; y que he respetado las diferentes fuentes de información.



Wilson Javier Llumipanta

C.I. 1713429817



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó 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 dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1713429817		
APELLIDOS Y NOMBRES	Llumipanta Cuichan Wilson Javier		
DIRECCIÓN:	Eucaliptos y Lagunas O3-315		
EMAIL:	fis.javi@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0987384762

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FISICA ORIENTADO A LOS CUIDADORES
AUTOR (ES):	Wilson Javier Llumipanta Cuichan
FECHA:	21 – 04- 2015
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR	Doctora: Jeliz Reyes

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Wilson Javier Llumipanta Cuichan, con cédula de identidad Nro.171342981-7; en calidad de autor y titular 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

El autor manifiesta 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 es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

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

AUTOR



.....
Nombre: Javier Llumipanta

C.C.: 1713429817



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Wilson Javier Llumipanta Cuichan, con cédula de identidad Nro. 1713429817; manifesté 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 autores de la obra o trabajo de grado denominado: **“ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA ORIENTADO A LOS CUIDADORES.”**, que ha sido desarrollada para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo el derecho moral de la obra antes citada. En mi 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.

EI AUTOR:

WILSON JAVIER LLUMIPANTA CUICHAN

C.I. 1713429817

DEDICATORIA

A Dios por darme la salud en la trayectoria de mis estudios , por ayudarme a superar las dificultades que se ha tenido durante mi paso por la universidad y poder seguir adelante y no darme por vencido en las adversidades de la vida . A mis padres Pedro y Angélica por su ayuda, enseñanza de cómo afrontar los problemas , el entendimiento que tuvieron hacia mí, el cariño que dieron en momentos que se hace difícil no solo en los estudios si no en la vida , por la ayuda de recursos para seguir estudiando y su confianza para hacerlo . Por darme una formación de cómo ser ante la sociedad que vivimos, por darme educación la mejor para la vida. Por indicarme los buenos pasos a seguir desde pequeño y ser cada vez mejor como persona y buen profesional Gracias por todo a mis padres por darme una carrera por un mejor futuro y por confiar en mí, siempre han estado ayudando en momentos difíciles y dándome todo su cariño , les agradezco por todo y dales mi cariño hacia ustedes.

A mis hermanos que han sido un gran apoyo para seguir adelante, por darme el aliento necesario para afrontar obstáculos y seguir sin darme por vencido y ser guías y ejemplos a seguir como personas de bien. A mis amigos y compañeros que fueron importante en el trayecto de los estudios por su apoyo comprensión, ayuda y su amistad sincera

Wilson Javier Llumipanta

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por darme y tener salud y ser mi guía hacia el camino por la sabiduría y que se haga posible mis sueños de culminar los estudios universitarios y de ser a futuro un profesional.

A mis padres, familiares y amigos que fueron un gran apoyo fundamental y me supieron aconsejar para poder seguir en mis estudios.

A mis docentes Dra. Salome Gordillo (directora del área terapia física), Licenciadas: Verónica Potosí, Marcela Baquero, Daniela Zurita y Dra. Jeliz Reyes (tutora de tesis) que me brindaron su enseñanza y fueron lo más importante para poder hacer esta investigación.

Wilson Javier Llumipanta

INDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DE APROBACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA	IV
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	IV
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
INDICE DE CONTENIDOS.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
SUMMARY.....	XV
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1 Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
1.4.3. Preguntas de investigación	4
CAPITULO II.....	5
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. Concepto de guía	5
2.2. La discapacidad.....	5
2.2.1. Tipos de Discapacidad	6
	IX

2.2.2. Clasificación General de Discapacidades Físicas	8
2.3. Concepto de Cuidadores	9
2.3.1 Funciones del cuidador hacia el discapacitado físico	10
2.3.2 Características de los cuidadores	10
2.3.3 Tipos de cuidadores.	11
2.3.4 Síndrome del cuidador	12
2.4 Cuidados ergonómicos para los cuidadores	14
2.5 Cuidados en movilización del cuidador hacia el discapacitado físico dependiente	17
2.5.1. Técnicas de Movilización y Transferencia	17
2.5.2 Movilidad del Paciente Dependiente	21
2.5.3 Cambio Postural de Decúbito Supino a Decúbito Lateral	21
2.5.4 Cambio Postural de Decúbito Lateral a Decúbito Supino	24
2.5.5 Cambio Postural de Decúbito Lateral a Decúbito Prono	24
2.5.6 Cambio Postural de Desplazamiento hacia la Cabecera de la Cama	24
2.5.6 Cambio Postural de Decúbito Supino en la Cama hasta la Sedestación en un Sillón	26
2.5.7 Cambio Postural de Incorporación en el Sillón	27
2.6. Transferencia de pacientes con discapacidad física.....	28
2.6.1 Traslado de la cama a una silla de ruedas	29
2.6.2 Traslado de la silla de ruedas a otra silla o al retrete	30
2.6.3 Transferencia de silla de ruedas a bañera	31
2.7. Higiene	32
2.7.1 Aplicación de la higiene en pacientes con discapacidad física.....	32
2.10. Marco Legal y Jurídico.....	33
2.10.1. Plan del Buen Vivir	34
2.10.2. Reglamento de la Ley de Discapacidades	34
2.10.3 Sección sexta: Personas con discapacidad	36
 CAPÍTULO III.....	 39
3. METODOLOGÍA	39

3.1. Tipo de investigación	39
3.1.1 Investigación bibliográfica	39
CAPÍTULO IV.....	41
4. RESULTADOS.....	41
4.1. Resultados de la búsqueda de la Información Bibliográfica.	41
4.2. Adaptacion de los gráficos.....	42
4.3. Contenido de la guía.....	45
4.4. Respuestas de las preguntas de investigación.....	46
4.5. Conclusiones	46
4.6. Recomendaciones	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	53
ANEXO 1. GUÍA.....	54
ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de guías investigadas	41
Tabla 2. Modificaciones de los contenidos de la guía en lo visual.....	42
Tabla 3. Terminología de palabras técnicas a simples.....	44
Tabla 4. La guía de manejo de pacientes con discapacidad física orientada a los cuidadores.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. COMO REALIZAR MOVILIZACIONES DEL CUIDADOR HACIA EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA.	57
Gráfico 2. POSICION DE LADO	57
Gráfico 3. CAMBIO DE LATERAL A POSICIÓN BOCA ABAJO.....	58
Gráfico 4. CAMBIO POSTURAL HACIA LA CABECERA DE LA CAMA	58
Gráfico 5. CAMBIO POSTURAL DE BOCA ARRIBA A SENTARLO	59
Gráfico 6. MEDIDAS HIGIÉNICAS A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	59
Gráfico 7. LIMPIEZA DE LOS GENITALES	60
Gráfico 8. CAMBIO DE PAÑAL AL PACIENTE	60
Gráfico 9. CUIDADO DE LA PIEL.....	60
Gráfico 10. EL CUIDADO DEL PACIENTE POR APARICIÓN DE ÚLCERAS	61
Gráfico 11. TRASLADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA... ..	61
Gráfico 12. TRASLADO DE LA SILLA DE RUEDAS AL RETRETE	62
Gráfico 13. TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A LA BAÑERA	62
Gráfico 14. RECOMENDACIONES AL CUIDADOR AL MOMENTO DEL DESCANSO.....	63
Gráfico 15. DESCANSO BOCA ABAJO	63
Gráfico 16. DESCANSO DE LADO.....	64
Gráfico 17. COMO LEVANTARSE CORRECTAMENTE DE LA CAMA	64
Gráfico 18. POSICIÓN CORRECTA AL ESTAR SENTADO	65

Grafico 19. FORMA DE SENTARSE Y PARARSE.....	65
Grafico 20. LA POSTURA AL ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE.....	66
Grafico 21. FORMA CORRECTA DE LEVANTAR PESO.....	66
Grafico 22. POSICIÓN EN EL ASEO PERSONAL DEL CUIDADOR	67
Grafico 23. TAREAS DOMÉSTICAS	67
Grafico 24. TAREAS DE LIMPIEZA.....	68
Grafico 25. TAREAS DE LIMPIEZA.....	68

“ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA ORIENTADO A LOS CUIDADORES”

RESUMEN

La presente investigación tiene la finalidad de presentar una guía enfocada a cuidadores informales que pretende mejorar la atención de las personas con discapacidad física que son dependientes de los mismos y orientar al cuidador sobre la conducción adecuada en las diferentes situaciones que tiene bajo su responsabilidad. Pretende orientar sobre cuidados que permitan mejorar el manejo de personas con discapacidad física por el cuidador. Esta investigación permitió conocer los diferentes tipos de protocolos y guías para cuidadores de pacientes que dependen de un cuidador para realizar sus actividades cotidianas, y a la vez se cumplió con el objetivo primordial de elaborar un protocolo para el manejo de pacientes con discapacidad física orientado a los cuidadores, utilizando una investigación bibliográfica. Durante la preparación de la guía, se tomó en cuenta que en diferentes protocolos y guías investigadas, los términos suelen ser muy técnicos y pocos entendibles para los cuidadores y es por ello que se elaboró de una manera gráfica utilizando una terminología sencilla que permita una fácil comprensión, pero sin dejar de lado un sustento teórico adecuado. Al finalizar la investigación se presenta una guía sobre el manejo de pacientes con discapacidad física orientado a los cuidadores.

Palabras Clave: Manejo de pacientes, Discapacidad, Cuidadores

DEVELOPMENT OF PROTOCOLS FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DISABILITY ORIENTED PHYSICAL CAREGIVERS”

SUMMARY

This research aims to present a guide focused on informal caregivers that aims to improve the care of people with physical disabilities who are dependent on them and guide the caregiver on proper conduct in different situations is responsible. Guidance on care aims to improve the management of people with physical disabilities by the caregiver. This research allowed us to know the different types of protocols and guidelines for caregivers of patients dependent on a caregiver to perform daily activities, while it met the primary objective of developing a protocol for the management of patients with physical disabilities oriented caregivers, using a literature search. During the preparation of the guide, took into account that different protocols and researched guides, the terms are often very technical and few understandable for caregivers and is why we developed a graphical manner using a simple terminology that allows easy understanding, but without neglecting adequate theoretical basis. At the end of the investigation guidance on the management of patients with caregivers oriented physical disability occurs.

Keywords: Patient Management, Disability, caregivers

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El interés por el cuidado informal o prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen ha ido en aumento durante las últimas décadas. Tres son los factores que sitúan al cuidado informal en el centro del debate sobre políticas de bienestar: el creciente aumento de la demanda de cuidados, el cuestionamiento sobre la futura disponibilidad de cuidadoras informales y las reformas de los sistemas sanitarios y de atención social. Con el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta el número de personas que necesitan cuidados, sino que además este incremento de la demanda va acompañado de una mayor exigencia en su prestación. (1)

Según el Ministerio de salud Pública en Febrero de 2016, fueron registradas 408.021 personas con discapacidad; con el 1% en lenguaje, 2% psicológico, 2% psicosocial, 12% visual, 13% auditivo, 23% intelectual, 47% física. (2)

En los próximos años, la discapacidad irá aumentando porque la población está envejeciendo y el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad es superior entre los adultos mayores.

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como problema, por ser de baja cobertura y deficiente calidad, asentada básicamente en las acciones del cuidador y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace un tiempo atrás. El discapacitado por motivos económicos en muchas de las veces no puede acudir a un centro donde se le pueda dar una mejor atención, como un tratamiento fisioterapéutico o psicológico dependiendo de la discapacidad. La ayuda puede verse obligado en acudir a un familiar o cuidador, pero en la mayor parte de ellos no están suficiente mente capacitados para realizar, esto se puede deber a la falta de apoyo de diferentes instituciones, el gobierno o fundaciones encargados de la misma. (3)

La falta de conocimientos y en algunos casos desconocimiento total de los cuidadores sobre el manejo del paciente discapacitado, puede ocasionar movimientos inadecuados, que pueden desencadenar lesiones que agraven su discapacidad, y a su vez que sea la causa de autolesiones como por ejemplo, lesiones músculo esqueléticas que pueden limitarlo en su trabajo y crear un ambiente de malestar en su familia. Por lo tanto el no contar con una guía adecuada de manejo del discapacitado puede ser perjudicial para el cuidador. Que además sufre afecciones psicológicas secundarias en mayor o menor magnitud secundarias a la sobrecarga. (4)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el protocolo adecuado para el manejo de pacientes con discapacidad física orientado a los cuidadores?

1.3 Justificación

La presente investigación se realiza con el objetivo de elaborar una guía de cuidados dirigido especialmente al cuidador informal, como una ayuda para un mejor manejo o cuidado de las personas con discapacidad física además pretende que los cuidadores logren poner en práctica actitudes para brindar mejor calidad de atención a las personas que tiene una discapacidad física y orientar a sus cuidadores la prevención de autolesiones por posiciones inadecuadas durante el manejo del paciente con dependencia total, propia de su discapacidad.

En la actualidad no está disponible una guía orientada a cuidadores informales sencilla y gráfica que permita conocer y comprender de manera fácil el manejo adecuado de personas con discapacidad física. Existen protocolos que presentan contenidos e información para cuidadores formales o profesionales, La investigación tiene como finalidad que los cuidadores informales cuenten con una guía basada en gráficos didácticos y lenguaje simple, que beneficiará a los cuidadores informales y a las personas con discapacidad física.

Con la elaboración de la guía se espera que los cuidadores puedan conocer las diferentes atenciones que necesitan las personas con discapacidad física, la misma que les permitirá brindar un mejor cuidado y servicio que beneficiará a las personas a las cuales se dirige la presente investigación.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Elaborar una guía para el manejo de pacientes con discapacidad física orientado a los cuidadores.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Recopilar información bibliográfica referente a las guías de manejo para pacientes con discapacidad.
- Determinar los componentes que se incluirán en la guía de manejo de pacientes con discapacidad física.
- Presentar la estructura final de la guía mediante la disertación de la tesis.

1.4.3. Preguntas de investigación

¿Cuál es la información bibliográfica pertinente para el manejo a pacientes con discapacidad física?

¿Cuáles son los componentes que se incluirán en la guía de manejo de pacientes con discapacidad?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Concepto de guía

Son conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención a los pacientes. (5)

2.2. La discapacidad

Según la OMS la discapacidad es una expresión en la que se reúnen las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Los problemas las deficiencias pueden afectar a una estructura o función corporal; las dificultades para ejecutar acciones o tareas se llama limitaciones de la actividad, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (6)

La discapacidad es una restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. En una limitación funcional, conciencia de una deficiencia que se manifiesta de la vida cotidiana. (6)

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales, por ser de baja cobertura y deficiente calidad, asentada básicamente en las acciones del sector privado

y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace unas dos décadas. (7)

2.2.1. Tipos de Discapacidad

2.2.1.1 Discapacidad Intelectual

La discapacidad intelectual o cognitiva es una anomalía en proceso de aprendizaje es decir es la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conlleva a limitaciones sustanciales en el desarrollo. (8)

Las personas con discapacidad intelectual tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal, matemática, mientras que en la mayoría de los casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artísticas, musical e interpersonal. (8)

2.2.1.2 Discapacidad Sensorial

Dentro de la discapacidad sensorial encontramos la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos. (9)

2.2.1.3 Discapacidad Visual

La discapacidad visual es la carencia, deficiencia o disminución de la visión. Según la Organización Mundial de la Salud una persona con deficiencia visual presenta una ausencia o mal funcionamiento del sistema

óptico, causado por enfermedad, lesión o anomalía congénita que, a pesar de la corrección, convierte a la persona en un sujeto oficialmente considerado como deficiente visual. (10)

2.2.1.4 Discapacidad Auditiva

La discapacidad auditiva es la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva.

Sin embargo, una cierta deficiencia auditiva es habitual en muchas personas (especialmente con la edad), y no supone un gran problema. Sólo cuando esta pérdida auditiva afecta de manera significativa la vida de la persona y necesita utilizar ayudas especiales, se habla de discapacidad auditiva. (11)

2.2.1.5 Discapacidad Física

La Discapacidad Física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Existe una limitación en el área motora o falta de control de movimientos, de funcionalidad, que impiden realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente o realizarlas. Generalmente se presenta en las extremidades, aunque también puede manifestar en todo el cuerpo y asociadas a otras áreas. (12)

2.2.2. Clasificación General de Discapacidades Físicas

2.2.2.1. Discapacidades Físicas Motrices

Los problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa, mala accesibilidad al medio físico. (12)

Discapacidades Motrices Sin Afectación cerebral:

Secuelas de Poliomiелitis, Lesión Medular, Amputación, Espina Bífida, Miopatías, Escoliosis, Malformaciones congénitas.

Discapacidades Motrices Con Afectación cerebral

Está afectado el cerebro: Parálisis Cerebral, Accidente cerebro - vascular

2.2.2.2. Discapacidades Físicas por Enfermedad

Epilepsia, Hipertónica (pérdida de conciencia, falta de control de esfínteres, convulsiones, agitación), Hipotónica (pequeñas ausencias, cierre de párpados en manifestaciones leves, agonías, desfallecimiento total y fruto de ello se producen roturas de brazos o piernas), Dolor crónico, Enfermedad renal, Otras discapacidades físicas por enfermedad crónica. (12)

2.2.2.3. Discapacidad Física según su origen

Origen Cerebral: Parálisis Cerebral, Tumores Cerebrales

Origen Espinal: Poliomiелitis anterior aguda, Espina Bífida, Mielitis Degenerativa, Traumatismos medulares.

Origen Osteoarticular: Tuberculosis ósea, Malformaciones congénitas, Osteítis degenerativa, Artritis, Hemofilia, Amputaciones.

Origen Vascular: Hemorragia Cerebral, Reblandecimiento cerebral (pérdida de sustancia cerebral).

Origen Muscular: Miopatías o Distrofias musculares. (12)

2.2.2.4. Etiología de Discapacidad Física

Pueden ser por causas hereditarias como las que se transmiten de padres a hijos, accidentes como por ejemplo una lesión medular tras un accidente de tránsito, enfermedades adquiridas durante la vida como una infección cerebral o malformaciones congénitas. (13)

2.3. Concepto de Cuidadores

Son aquellos que brindan su atención a personas con discapacidad que son dependientes y no pueden desenvolverse por sí solos, a través de una serie de actividades como son el aseo personal, la apariencia personal, la alimentación, la movilización, los traslados y transferencias, esta responsabilidad la tienen generalmente los cuidadores no profesionales, que en su mayoría lo comprenden los familiares. (14)

2.3.1 Funciones del cuidador hacia el discapacitado físico

Entre las funciones de los cuidadores de las personas con discapacidad se encuentran: el traslado de pacientes, la misma que es considerada como la movilización o desplazamiento de éstos desde un sitio a otro. El traslado se puede realizar utilizando varios medios posibles: silla, camilla, cama, etc. dependiendo de las circunstancias propias de cada situación.

Este listado nos proporciona información pertinente a para qué debe ser preparado un cuidador y cuáles son los temas que debe incluir un curso y/o una guía para desempeñar el oficio de cuidador. (15)

2.3.2 Características de los cuidadores

Las personas dedicadas al cuidado de familiares discapacitadas o dependientes tienen que realizar innumerables esfuerzos y tareas a lo largo del día, se encuentran ante situaciones complicadas, lo que les genera grandes conflictos y tensiones, afectando su vida cotidiana. (16)

Los cuidadores se enfrentan, en muchas ocasiones, a sentimientos contradictorios. Sienten la gran satisfacción de poder atender a su ser querido y proporcionarle bienestar, pero con frecuencia, también se enfrenta al sentimiento de culpa, y al rechazo. (16)

Sin embargo, tener este pensamiento es natural, con mayor o menor frecuencia, lo tienen todos los cuidadores, surge como consecuencia de la tensión, el cansancio y la preocupación, pero no de la falta de cariño que sienten hacia su familiar dependiente. (16)

También es frecuente el sentimiento de soledad en los cuidadores; se encuentran ante una situación en la que disminuyen sus relaciones sociales

y las actividades de ocio que anteriormente realizaban, disponen de menos tiempo libre que antes, su círculo de amistades puede verse afectado y cambiar. (16)

2.3.3 Tipos de cuidadores.

2.3.3.1 Cuidador informal

Son aquellos que se dedican al cuidado de una persona dependiente de manera voluntaria y decidida, no tienen una remuneración económica y tienen un alto grado de compromiso hacia la tarea que realizan, representada por el afecto y en muchos casos la relación que tenga con la persona dependiente, el tiempo que dedican al cuidado no tiene límites de horarios en su mayoría es brindado por familiares, amigos y vecinos. (17)

Los cuidadores informales en su mayoría presentan múltiples complicaciones de salud principalmente afecciones físicas, mentales así como de orden social y económico, por lo que se hace inminente la búsqueda de alternativas de apoyo puesto que, además de las dificultades planteadas, no cuentan con un mínimo de información acerca de la discapacidad y de los problemas que tienen las personas dependientes al que ofrecen sus cuidados, aumentando a esto la falta de conocimientos y la poca preparación académica complica más sus actividades. (17)

Las cuidadoras generalmente se desenvuelven en varios roles de manera simultánea: se es cuidadora a la vez que madre-esposa-hija, ama de casa y/o trabajadora, y la dificultad para concordar las distintas responsabilidades repercute en la vida de las cuidadoras (17)

2.3.3.2 Cuidador formal

Es la persona que cuida de manera directa a personas discapacitadas o dependientes, se caracteriza por ser aquel que recibió una capacitación teórico práctico el cual tiene los conocimientos necesarios y específicos para realizar el trabajo de cuidador formal, son cuidadores que trabajan para instituciones de salud pública o entidades legalmente registradas o que trabajan de manera individual respaldadas por un título obtenido. (17)

Generalmente no tiene ningún parentesco familiar, y su trabajo es recompensado con una remuneración económica con el cual puede asistir sus necesidades, es aquel que cumple con su horario de trabajo acordado con los familiares y/o la persona dependiente, no tiene lazos afectivos por el cual no va a tener sentimientos de culpa o rechazo de la sociedad, al igual que el cuidador informal este debe estar pendiente de las necesidades de la persona dependiente, cumpliendo con las necesidades que éste solicite, tales como: la higiene de la persona a quien asiste, la alimentación, movilización, los cuidados en los horarios de su medicación entre otros. (17)

2.3.4 Síndrome del cuidador

Es descrito como un trastorno común que presenta una diversa cantidad de síntomas que inciden en la vida física, mental, emocional, social y económica que pueden llevar a trastornar la capacidad para atender a la persona a su cargo. (4)

2.3.4.1 Manifestaciones del síndrome del cuidador

Sobrecarga.- Manifestada en agresividad constante contra los demás, dureza en el manejo de las relaciones con otros miembros de la familia que puedan auxiliar en el desarrollo de la labor de cuidado, falta de paciencia con la persona atendida, negación de su estado real, aislamiento progresivo con tendencia a encerrarse en sí mismo, cansancio, depresión y sentimientos de culpa. (4)

Fatiga.- consistente en irritabilidad, postura encorvada, dolores articulares y musculares, ojeras y suspiros frecuentes.

Despersonalización progresiva.- presentación de síntomas de distanciamiento de la persona con discapacidad por ejemplo hablando delante de ella como si no estuviera. (4)

Ansiedad.- demostrada en temblor de las manos, incapacidad de centrarse ante cualquier problema, atención escasa o voz estridente.

Otros problemas que debe afrontar el cuidador no formal son el deterioro de las actividades personales y sociales, la necesidad de búsqueda de un sustituto para poder salir de la casa, la tensión de no saber cuánto tiempo durará la situación, el manejo de las barreras que crean dificultades y riesgos en la conducción de la persona con discapacidad, el número de horas durante las que debe atender a quien cuida, ausencia de tiempo de ocio y deterioro en la salud. La identificación de todas las manifestaciones antes descritas lleva a la búsqueda de soluciones para prevenir estas alteraciones físicas, mentales, emocionales y sociales en las que está en riesgo el cuidador. Así, la preparación que se debe dar a un cuidador de personas con discapacidad debe brindarle herramientas suficientes para desempeñar su labor de una manera efectiva y eficiente y al mismo tiempo cuidar su propio bienestar. (4)

2.4 Cuidados ergonómicos para los cuidadores

El cuidador por su actividad, en ocasiones de doble función por motivo de estar al cuidado del discapacitado físico puede llevar a dar diferentes tipos de movimientos en su cuerpo incorrectos que pueden ocasionar diferentes tipos de lesiones, por lo que podemos dar las siguientes recomendaciones:

Para tener una buena posición al descansar acostado

Para tener la postura correcta en decúbito supino, se debe colocar bajo el cuello una almohada cómoda que permitan mantener la curva fisiológica cervical brazos y piernas en extensión y debajo de las piernas un cojín para estirar la zona lumbar, la comodidad y descanso será mucho mejor para el cuidador. (3)

El decúbito prono, se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos, que haya una buena alineación del cuerpo se puede colocar una almohada a nivel del pecho o mamas la cabeza pueda descansar en el colchón se alivia la distensión de la espalda, los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza para lograr la expansión torácica.

Decúbito lateral es otra posición que se adapta el cuerpo para un buen descanso pero en forma correcta como es la persona se encuentra acostada de lado, con la cabeza apoyada sobre la almohada. El brazo, flexionado y apoyado sobre el cuerpo, sobre la cama o sobre una almohada para facilitar la expansión torácica. La pierna inferior, con la rodilla ligeramente.

Esta postura puede ser lateral izquierda o derecha, según la zona corporal sobre la que se esté acostado. Igualmente, se pueden utilizar dispositivos para favorecer la alineación corporal: almohadas y cojines. (3)

Levantarse de la cama

Para levantarse nunca debemos sentarnos directamente de la cama se debe seguir la siguiente secuencia: se colocamos de posición supino que estaba a posición lateral, extiende las extremidades inferiores y lo coloca hacia adelante, pasar sus pies por el borde de la cama, apoyar el codo sobre la cama e ir incorporándose hasta sentarse; con el objetivo de evitar lesiones en su espalda. (3)

Buena posición al estar sentado

Podemos decir que no hay una posición corporal o posición única recomendada para sentarse. Todo cuidador puede sentarse cómodamente ajustando los ángulos de sus caderas, rodillas, tobillos y codos. Los siguientes pasos puede ayudar a dar una mejor postura y descanso al cuidador de acorde a su comodidad.

- Mantenga las articulaciones como caderas, rodillas y tobillos, ligeramente abiertos (más de 90°).
- Mantenga la parte superior del cuerpo en 30° de una posición vertical arrimado del espaldar con un cómodo descanso y evitar que caiga el peso sobre la zona lumbar.
- Los glúteos pegados hacia atrás sin dejar espacio entonces el peso será repartido a las dos tuberosidades isquiáticas.
- Siempre mantenga la cabeza alineada con la columna vertebral.

- Los pies y talones deben estar apoyados en el suelo. (3)

La manera de levantarse y sentarse

Al levantarse de un asiento se debe apoyar las manos sobre los brazos de soporte de la silla después ligeramente desplazar el tronco hacia adelante inician la extensión de las rodillas para luego dar un impulso simultaneo para incorporarse

Al sentarse utilizando el apoyo de las manos irán descendiendo con el apoyo de sus extremidades inferiores en forma suave y controlada. (3)

La postura al estar mucho tiempo de pie

Si el cuidador en muchas circunstancias se va a mantener mucho tiempo de pie su postura debe cambiar con frecuencia y en diferente tipo de actividad que realiza (lavar, planchar cocinar etc.) alternar el apoyo de las piernas o a la vez también utilizar el reposapiés, tener bien alineada la espalda para evitar dolores ya que el mantenerse mucho tiempo de pie la columna va teniendo cargas incorrectas. (3)

Forma adecuada para cargar peso

Para alzar una carga pesada del suelo se debe flexionar las piernas, mantener la espalda recta y con el peso lo más cerca al cuerpo levantarla nunca inclinarse con las rodillas en extensión para recogerla, en el caso de cargas demasiado pesadas se debe desplazarla por empuje, no por tracción siempre repartir la carga de forma equitativa en ambos brazos y mantener los codos semiflexionados para evitar lesiones músculo esqueléticas. (3)

2.5 Cuidados en movilización del cuidador hacia el discapacitado físico dependiente

2.5.1. Técnicas de Movilización y Transferencia

Diferencia entre movilización y transferencia

Es importante saber la diferencia entre una movilización y una transferencia, y también el riesgo o esfuerzo que supone cada una de estas actividades a llevarlas a cabo.

Movilización: movimiento al realizar sobre una misma área dando cambios de posición o de situación, por ejemplo: girarse en la cama.

Pueden ser de dos tipos:

Activas: es cuando el paciente puede realizarlo por sí mismo, bajo la supervisión del cuidador o fisioterapeuta, en ella se mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales.

Pasivas: en este caso las movilizaciones son realizadas por el cuidador en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

Transferencia: es el movimiento que se realizan de un área a otra. Esto puede acarrear más riesgo en su realización ya que implica un cambio de plano y de área de apoyo y porque podrá haber un momento en el que paciente y cuidador se encuentran sin apoyo lo que puede ocasionar una lesión más grave, como es la caída accidental del paciente al suelo, lo más

importante es una adecuada adaptación del medio en que éstas tienen lugar.
(19)

La movilización y transferencia no deben ser una maniobra agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones para el cuidador ni el paciente.

Para obtener estos objetivos es necesario tener en cuenta lo siguiente:

Colaboración del paciente discapacitado

Dependiendo del grado de dependencia o patología del discapacitado se podrá decir que el paciente participe activamente, permitiéndole explotar las capacidades de movimiento que aún posea. (19)

Orientar al paciente discapacitado

La complejidad a la inmovilidad es la desorientación, por diferentes motivos y una parte de ellos se puede eludir mediante tres medidas:

Iniciar cualquier manejo del paciente discapacitado pidiéndole que mire o gire la cabeza, en la dirección en la que se le va girar o desplazar. El motivo es muy sencillo, siempre que nos movemos la cabeza nos indica la dirección en la que lo hacemos, acompañando al resto del cuerpo y guiándole cuando se cambia el sentido, la dirección, o el plano en el que tiene lugar el movimiento. (19)

Utilizar términos precisos y habituales para ambas personas, y no usar palabras que pueden resultar abstractas como derecha, izquierda si la lateralidad no está bien definida que pueden ser más difíciles de entender. Las referencias más adecuadas son aquellas que se encuentran en la habitación, por ejemplo: gire hacia la puerta, mire a la ventana, etc.

Movilizar al paciente de forma que se traslade sobre un área de apoyo, ya que estos movimientos aportarán al paciente información sensorial y por tanto le ayudarán en la orientación espacial. (19)

Basar la movilización en el contacto.

Las manos del cuidador contactan con el cuerpo del paciente, indicándole en cada momento qué debe hacer. Cuanto mayor sea la superficie de la mano que contacta con el cuerpo del paciente más clara será la información y menos dolorosa. (19)

Hablar lo necesario.

El manejo principal debe ser táctil. La información hablada que se le dé al paciente tiene que ser conciso, breve, y sobre todo, correspondiente y simultánea a la ejecución del movimiento. (19)

Moverse coordinadamente y en dirección al desplazamiento.

El cuidador tiene que moverse armónicamente junto al paciente, de esta manera se transmitirán la información y sensación de movimiento mutuamente y por otra parte aprovechará la energía cinética y así aplicará menos fuerza. (19)

Postura del cuidador.

Mantener la espalda recta para que las cargas que actúan sobre ella lo hagan de manera vertical y así evitar contracturas musculares o cualquier otro trastorno de la columna vertebral.

Colocarse en el lugar hacia donde se va a desplazar al paciente.

Los pies deben estar separados y uno levemente más adelantado para facilitar una buena base de apoyo y aumente la estabilidad.

Las rodillas levemente flexionadas, y se aumentará la flexión o extensión según se necesite ganar o perder altura.

Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano.

Primero observar cómo se mueve nuestro cuerpo y después intentar imitar esos movimientos con el paciente, siguiendo los principios básicos expuestos anteriormente. (19)

Evitar el daño al movilizar al paciente.

La movilización y transferencia no deben ser ningún proceso traumático o doloroso para el paciente. Hay determinadas partes del cuerpo que son especialmente sensibles al dolor y que hay que evitar movilizar desde ellas en ningún caso, como por ejemplo: el cuello, cintura, caderas y hombros, ya que estas partes son las que permiten la movilidad corporal. Es recomendable movilizar desde cabeza, tronco, brazos, piernas y pelvis, ya que son zonas más resistentes y menos sensibles al dolor. (19)

Mantener el cuerpo del paciente bien alineado.

Si el cuerpo del paciente está bien organizado se desplazará vertical hacia la superficie de apoyo, siendo el esqueleto el que soporte el peso, y como los huesos están preparados para esta función el resto del organismo no tendrá que someterse a ningún sobreesfuerzo. (19)

2.5.2 Movilidad del Paciente Dependiente

La pérdida de la movilidad ya sea parcial o total de personas con discapacidad hace que muchas de sus funciones vitales se vean disminuidas, generando una pérdida de la actividad física lo que ocasiona la aparición de complicaciones en su salud física. Por lo tanto el cuidador debe saber que es importante movilizar al paciente cuando este no pueda hacerlo por sí mismo, con el objetivo de evitar la aparición de dichas complicaciones. (19)

Los cambios posturales más importante que mencionaremos son: de decúbito supino a decúbito lateral, de decúbito lateral a decúbito supino, de decúbito lateral a decúbito prono, de desplazamiento hacia la cabecera de la cama, de decúbito supino en la cama hasta la sedestación en un sillón, y la incorporación en el sillón. Se mencionara las diferentes técnicas de realización de dichos cambios posturales, que variarán de acuerdo a la condición de cooperación y de la cabida de movilización que conserve el paciente o la persona con discapacidad física. (21)

2.5.3 Cambio Postural de Decúbito Supino a Decúbito Lateral

Cuando se trata de un paciente discapacitado totalmente dependiente sin movilidad que cuente con un solo cuidador, se debe primero desplazar al paciente al lado contrario de la cama hacia el que se va a realizar el decúbito para después girarlo hacia ese lado. El cuerpo se debe mueve en tres tiempos, primero se deslizan la cabeza y la parte superior de la espalda, después la parte dorsolumbar y la cadera, y finalmente las piernas. En esta primera etapa, el cuidador tira del paciente hacia su cuerpo, deslizándolo sobre la sábana sin levantar el peso corporal. (21)

Posteriormente el cuidador se ubica en el lado de la cama hacia el que se va a dirigir al paciente. Se retiran las barras protectoras si fuera el caso que hubiese, se baja la cabecera de la cama y se retiran las almohadas protectoras. El paciente se mantiene en decúbito supino en el medio de la cama. Luego el cuidador flexiona las rodillas dejando un pie ligeramente más adelantado que el otro, apoyando los dos firmemente en el suelo, manteniendo la espalda alineada e inclinando el tronco hacia delante pero sin flexionarlo. En esta posición coloca sus dos antebrazos sobre la cama. (21)

El cuidador coloca uno de sus brazos por debajo de la nuca del paciente y el otro por debajo de las escápulas de esta manera desliza la cabeza y el tronco del paciente hacia su cuerpo haciendo fuerza con las piernas y no con la espalda, de modo que el peso del cuerpo del cuidador pasa de la pierna adelantada a la trasera, mientras que los dos antebrazos tiran del paciente y se deslizan sobre la cama. El cuidador vuelve a la posición inicial con las rodillas flexionadas, un pie más adelantado que el otro, el tronco inclinado hacia delante para colocar en esta ocasión ambos brazos bajo la cintura y los muslos del paciente y lo deslizar al paciente. (21)

Por último el cuidador repite el método por tercera ocasión, pero colocando los brazos bajo las rodillas y los tobillos del paciente de forma que queden alineados con el resto del cuerpo, una vez desplazado el paciente el mismo que sigue en decúbito supino pero al borde de la cama, el cuidador protegerá ese lado con una barra protectora si la dispone o con una almohada, ya que debe dejar ese lado para dirigirse al lado contrario para iniciar la fase de giro, en la que se posiciona las extremidades del discapacitado, se protege el lateral de la cama e inmediatamente el cuidador se dirige al lado contrario para realizar el giro. (21)

En el posicionamiento del paciente se debe colocar el brazo que quede más próximo al lado sobre el que se va a girar separado del cuerpo sobre la

cama 90 grados hacia el otro lateral, se flexiona el codo y la mano se coloca sobre la almohada, el brazo contrario se flexiona sobre el abdomen o el pecho, la pierna que queda más próxima al lado del giro se flexiona colocando la mano por debajo de la rodilla y dejando la planta del pie apoyada sobre la cama. (21)

Una vez posicionado al paciente el cuidador realiza el giro para esto flexiona las rodillas, con un pie ligeramente más adelantando, inclina el tronco hacia adelante y extiende los brazos; sitúa una mano en el hombro contrario del paciente y la otra sobre la cintura o cadera del lado sobre el que el paciente tiene la pierna flexionada. Desde esta posición se realiza el giro llevando el cuerpo del paciente hacia el cuerpo del cuidador, haciendo fuerza con las piernas y distribuyendo el peso desde la pierna anterior a la posterior hasta que el discapacitado queda de lado con la rodilla de la pierna flexionada apoyada sobre la cama. (21)

Cuando se trata de un paciente totalmente dependiente y sin movilidad que cuenta con dos o más cuidadores, el cambio postural seguirá el mismo procedimiento, pero en este caso, se pueden simultanear las etapas debido a que como hay dos cuidadores estos se pueden colocar a ambos lados de la cama. En cambio cuando el paciente tiene algún nivel de movilidad y existe un solo cuidador, seguramente el discapacitado no tiene la fuerza suficiente y necesaria para moverse por sí mismo en la cama, aunque colabore de manera parcial en la movilización, en este caso el cuidador debe ayudarlo a realizar el giro y enseñarle cómo debe colocar sus extremidades. (21)

2.5.4 Cambio Postural de Decúbito Lateral a Decúbito Supino

Este cambio postural se realiza siguiendo el mismo procedimiento del anterior pero a la inversa, independientemente de si se cuenta con uno o más cuidadores. (21)

2.5.5 Cambio Postural de Decúbito Lateral a Decúbito Prono

Este cambio postural consiste en completar el giro del cuerpo del paciente desde decúbito lateral, se extiende el brazo que se encuentra debajo del cuerpo del paciente hacia la cabecera de la cama y, mientras el brazo más alejado permanece flexionado sobre el pecho, se extiende de forma que parezca que la mano sujeta el borde de la cama la pierna permanece extendida y se cruza por debajo de la que se encuentra flexionada, deslizándola hacia el lado contrario de la cama. Las manos del cuidador se sitúan por detrás del hombro y la parte media de la espalda del paciente, tirando de él hacia adelante hasta que el pecho quede sobre la cama. (21)

2.5.6 Cambio Postural de Desplazamiento hacia la Cabecera de la Cama

Este cambio postural se realiza desde la posición de decúbito supino; cuando se trata de un paciente dependiente con algún nivel de movilidad, que cuenta con un solo cuidador se debe seguir el siguiente procedimiento: En primer lugar se debe indicar al paciente que flexione las rodillas y que apoye completamente los pies en la cama, si el caso lo amerita el cuidador debe ayudarlo colocando sus brazos por debajo de las rodillas hasta incluso elevándolas. Además se debe informar al paciente si la cama dispone de un lugar de sujeción y si no posee ninguno se le debe aconsejar que apoye las

dos manos sobre la cama haciendo presión hacia abajo y hacia los pies de la cama cuando el cuidador se lo pida. (21)

A continuación el cuidador debe colocar sus brazos extendidos uno por debajo de los glúteos y el otro por debajo de los hombros del discapacitado, debe coordinarse con el paciente indicándole que presione sobre la cama con los talones de los pies y con las manos hacia abajo y hacia delante y tire de la pelvis hacia arriba, mientras con la cabeza inclinada, el mentón hacia abajo y con la mirada en los pies de la cama debe impulsarse hacia la cabecera mientras el cuidador realiza un movimiento de deslizamiento del cuerpo del paciente hacia la misma, deslizando sus brazos sobre la cama sin cargar el peso. (21)

Cuando se trata de un paciente dependiente y sin movilidad que cuenta con dos o más cuidadores, estos se sitúan a ambos lados de la cama, con los pies ligeramente separados y el pie que les queda más próximo a la cabecera girando mirando hacia ésta, y el otro perpendicular a la cama, mirando hacia el discapacitado. A continuación uno de los cuidadores coloca un brazo por debajo de la nuca y el otro por debajo de la cintura y el otro cuidador coloca sus brazos desde el lado contrario de tal manera que una mano queda por debajo de los hombros y la otra por debajo de los glúteos del paciente. (21)

Posteriormente los dos cuidadores se coordinan para realizar el deslizamiento del cuerpo del paciente hacia la cabecera de la cama de manera simultánea y sin cargar el peso de este último; básicamente este movimiento consiste en deslizar los brazos de los cuidadores sobre la sábana y elevar un poco el cuerpo del paciente para lograr completar el cambio postural. (21)

2.5.6 Cambio Postural de Decúbito Supino en la Cama hasta la Sedestación en un Sillón

Para este cambio postural es necesario que la cama, el sillón o silla de ruedas donde se vaya colocar al paciente se encuentren totalmente frenados; cuando se trata de un paciente dependiente con algún nivel de movilidad que cuenta con un solo cuidador; para llevarlo a la sedestación al borde de la cama, el cuidador debe situarse al lado de la cama hacia el que se va a sentar el paciente, con los pies ligeramente separados y apoyados firmemente en el suelo, inclinado el tronco levemente cuidando de no flexionar la cintura. (21)

El cuidador debe colocar sus brazos de la siguiente manera: el uno por detrás de los hombros del paciente y el otro por debajo de los muslos; es necesario indicar al paciente antes de realizar el giro que rodee con sus brazos la cintura del cuidador (nunca el cuello) para que se sujete. El giro se debe realizar sin cargar el peso sobre la espalda del cuidador y distribuyéndolo correctamente sobre sus extremidades inferiores; luego este se coloca delante del paciente brindándole protección con su propio cuerpo; siendo necesario realizar una pausa para ver la tolerancia del paciente a este cambio postural. (21)

A continuación se le debe indicar al paciente que se deslice sobre la cama haciendo movimientos pequeños con sus muslos y glúteos hacia delante de tal manera que sus pies se apoyen totalmente en el piso, luego se le pedirá que rodee al cuidador por la cintura y éste en cambio rodeará con sus brazos la cintura del paciente flexionando ligeramente las rodillas e inclinando levemente el tronco; con un movimiento coordinado, el paciente extenderá sus rodillas, separando los glúteos de la cama, mientras el cuidador tira de su cintura hacia arriba extendiendo también sus rodillas, haciendo fuerza únicamente con los muslos. (21)

Para llevar al paciente desde la bipedestación hasta la sedestación en el sillón, se le pide a este que gire con pequeños pasos, si no es posible el cuidador situará una de sus piernas frente a las rodillas del paciente para bloquearlas por si éstas se flexionasen. Una vez girado, y ya en posición de bipedestación, se le sitúa delante del sillón o de la silla de ruedas frenada, luego los brazos del cuidador que rodean al paciente por la cintura se elevan hasta la cintura escapular. Inmediatamente se le deja caer suavemente en la silla o el sillón sin soltarlo, colocando un pie en dirección al asiento y el otro perpendicular a los pies del discapacitado para bloquearlos. (21)

Para la transferencia desde la cama hasta un sillón con dos o más cuidadores, uno de ellos se sitúa al lado de la cama por el que se va a pasar al paciente y, a su lado, ha de quedar el borde del asiento del sillón, el otro cuidador se sitúa al otro lado de la cama; luego estos deben sujetar al discapacitado por detrás de los hombros y por debajo de los muslos desde cada lado de la cama. A continuación uno de ellos retrocede un poco sobre sus pies mientras tira al paciente hacia su cuerpo, deslizándolo de forma que los glúteos pasen del colchón al asiento, el otro cuidador puede ayudar extendiendo los brazos que sujetan al discapacitado en dirección al otro cuidador. (21)

2.5.7 Cambio Postural de Incorporación en el Sillón

Este cambio postural debe realizarse cuando la espalda del dependiente queda separada del respaldo del sillón o de la silla; el cuidador a de situarse detrás de éste para colocar los brazos del paciente en el pecho de manera que lo rodeará sujetándolo con ambas manos por debajo de los antebrazos; los pies del cuidador deben permanecer ligeramente separados y uno levemente más adelantado que el otro, para luego inclinarse ligeramente hacia adelante con la espalda recta, llevando el tronco del discapacitado

también hacia delante; desde esta posición se traccionará al paciente hacia el respaldo de la silla para que éste se deslice sobre el asiento. (21)

2.6. Transferencia de pacientes con discapacidad física

Es muy importante estar pendiente sobre cómo va a hacer la transferencia y saber de antemano si la persona puede colaborar o no con usted, y hasta qué punto.

Si puede colaborar

- La persona en situación de dependencia realizará todas aquellas partes de la actividad que pueda.
- Si es necesario esté presente para dar apoyo verbal en todo lo que necesite.
- Indíquele que se coloque en el borde de la cama, en posición de lado.
- Con ayuda del brazo que está más cerca del canto de la cama, que apoye el codo y la mano para impulsarse.
- A la vez, que apoye también la palma de la otra mano e incorpore el tronco, al tiempo que saca las piernas. (21)
- A veces la persona puede necesitar alguna ayuda del cuidador a nivel de hombros y caderas para facilitar la incorporación de la cama.
- Para evitar mareos es recomendable que permanezca unos minutos sentado antes de transferir a otro lugar o antes de colocar la bata y la ropa.

Si no puede colaborar

- Si la cama es articulada, elevar el cabecero hasta que la persona quede semisentada.
- Cuénteles a la persona lo que se le va a hacer si lo entiende.
- Con su brazo más cercano a la cabecera de la cama, rodee los hombros de la persona dependiente por detrás, y con el otro brazo cójale por la cadera más alejada.
- A la vez, de manera lo más sincrónica posible, se le hace girar en bloque, desplazando las piernas hacia afuera, al tiempo que se le ayuda a incorporar y girar el tronco. (21)

2.6.1 Traslado de la cama a una silla de ruedas

Ubicar la silla de ruedas al costado de la cama, con los reposapiés abiertos en un determinado espacio. El respaldo de la silla se colocara hacia los pies de la cama y casi paralela a la misma.

- Si la cama está muy alta se debe ver la manera de como acomodarse en este caso deben ver la manera de obtener cama mecánica o eléctrica para que haya un mejor manejo del paciente a nivel de la silla de ruedas para que no tenga que forzar la espalda del cuidador.
- Lo primordial y fundamental es frenar la silla de ruedas y asegurarse que totalmente este frenada antes de iniciar la transferencia.
- Las ruedas pequeñas de la silla debe estar colocadas hacia delante, para que haya más estabilidad y no pueda vencer hacia adelante.
- Colocarse por frente de la persona a la que va a transferir. (21)

- Se le pide al paciente dependiente y este en posibilidad de colaborar, que coloque sus las manos en sus hombros del cuidador, mientras sujétele usted a nivel de la cintura del paciente.
- Ayúdele al paciente a impulsarse y bloqueando con su rodilla, para que no se flexione involuntariamente.
- Realice el giro, con el paciente, trabajando con las piernas y no realizando el esfuerzo sólo con su espalda.
- Una vez colocado junto a la silla flexione las rodillas dejando que el paciente pueda ir descendiendo con cuidado y pueda sentarse en la silla sin caer repentinamente. (21)

2.6.2 Traslado de la silla de ruedas a otra silla o al retrete

Si no puede colaborar

Acomodar la silla de ruedas que está fijada diagonal a la silla a la que va a transferir al paciente en situación de dependencia.

- Retire el reposabrazos del lado que queda más cercano a la silla.
- Colóquese de frente al paciente que va a transferir, con los pies ligeramente separados, piernas semiflexionadas y la espalda recta.
- Con su rodilla, fíjese la rodilla que le queda más cercana a la silla donde le vamos a transferir.
- Coger con una mano a nivel del omoplato y con la otra a nivel del glúteo contrario, ayudando a extender la cadera.

- Dirigir hacia delante para despegarlo de la silla de ruedas y gire con el paciente en bloque, podría darse una ayuda con plato giratorio.
- Para acabar de sentarlo, deslice su brazo del glúteo hacia la parte delantera de la cintura. Así le ayudará a flexionar la cadera y no caerá de golpe. (21)

2.6.3 Transferencia de silla de ruedas a bañera

Si puede colaborar el paciente

- Se realiza elevaciones en el asiento de la silla llevándole hacia el lateral más cercano de la bañera hasta que pueda trasladarse hasta lo más cercano de la silla (se utilizara tabla de transferencia)
- Vamos a introducir la pierna más cercana a la bañera en su interior, y después con el apoyo de su mano más cercana a la tabla apoyándose en ella y con la otra apoyando en el asiento de la silla realizar una elevación y despegando su cadera, desplazar lateralmente el cuerpo para pasar a la tabla y finalmente, que introduzca la pierna que queda fuera. (21)

Si no puede colaborar el paciente

- Debe realizar el balanceo hasta acercar al paciente todo lo que se pueda hacia el lugar destinado, llevamos al paciente con la tabla de transferencia hacia la bañera introduciendo las dos piernas sujetándole a nivel de los hombros para estabilizar el tronco evitando que se deslice. (21)

2.7. Higiene

Se debe comprender la importancia del aseo y cuidado corporal de personas con discapacidad física severa y el sitio donde se encuentra.

2.7.1 Aplicación de la higiene en pacientes con discapacidad física

Podemos decir que el aseo o higiene personal consiste en las acciones que se realizaran para mantener limpio y libre de impurezas el cuerpo. Incluye piel, dientes, cabello y cuero cabelludo, oídos, orificios nasales, manos, pies y partes genitales. (21)

Limpieza de genitales

Es muy importante realizar una adecuada higiene de las partes íntimas del hombre y la mujer.

Limpiar la orina o las heces inmediatamente con agua y jabón, usar guantes desechables. Las heces fecales y los papeles utilizados para limpiar a la persona con discapacidad severa deben ser depositados en una funda distinta a la común y sellados para no contaminar residuos de alimentos o arrojados a la letrina, es muy importante mantener alejadas de los alimentos o enterrarlas bajo tierra. (21)

Recomendaciones para la higiene genital

Cambiar la ropa interior de la persona con discapacidad cuando note que este húmeda.

Se recomienda el uso de ropa muy ajustada, ya que provoca más sudor en los genitales femeninos.

Cuando el olor es maloliente, fuerte y molesto, indica una infección vaginal, o de las vías urinarias. Acudir al médico inmediatamente. (21)

Cuidado de la piel

Al paciente con discapacidad severa puede ser sensible a presentar úlceras causadas por permanecer mucho tiempo en una sola posición, hongos o hipersensibilidad al sol.

Después del baño secar bien las axilas, zonas de la ingle y entre los dedos para evitar enfermedades en la piel como hongos, hidratar la piel utilizando cremas y aceites, es importante que el paciente beba abundante líquido. (22)

2.10. Marco Legal y Jurídico

Marco legal de la discapacidad en Ecuador El tratamiento al tema de la discapacidad en el Ecuador es tomado dentro de varios marcos legales como: La Constitución, la Ley Orgánica de Discapacidad y Reglamento general a la Ley de discapacidades. Plan del Buen Vivir.

La Constitución Política del Ecuador señala algunos artículos acerca de la discapacidad. (23)

2.10.1. Plan del Buen Vivir

En su sección séptima de la Salud enuncia lo siguiente:

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (23)

2.10.2. 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.

Artículo 4: 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.

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.

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.

23.- Ampliar los programas de atención y rehabilitación integral en salud mental y enfermedades crónicas.

En el Título VI de los Derechos y Beneficios perteneciente Capítulo I de la de salud enuncia lo siguiente: (23)

Art. 64.- Los servicios que dan atención a las personas con discapacidad deberán considerar a éstas, o a sus representantes en el caso de que aquellos no puedan participar por sí mismos, en la planificación y en la toma de decisiones relacionadas con su rehabilitación.

Los servicios de atención a las personas con discapacidad pondrán en marcha programas alternativos que involucren las diversas instancias comunitarias, a fin de ampliar la cobertura de atención sin comprometer su calidad, en especial en las zonas rurales y urbanas marginales. (23)

2.10.3 Sección sexta: Personas con discapacidad

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

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

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

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

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

4. Exenciones en el régimen tributarlo.

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

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

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

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

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

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

11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille. (23)

Art. 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.

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.

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.

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.

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención. (23)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

3.1.1 Investigación bibliográfica

Se utilizó una investigación bibliográfica y documental como un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, y análisis de contenido del material empírico y gráfico, que servirá de fuente teórica, conceptual y/o metodológica para la investigación; como en todo proceso de investigación, la búsqueda de fuentes bibliográficas y documentales está estrechamente asociada a los objetivos de la investigación que delimitan cada uno de los procedimientos que deben realizarse para alcanzar con el propósito teórico de la investigación

La información necesaria para la investigación se determinó bajo diferentes criterios entre ellos; el criterio de la pertinencia significa que las fuentes consultadas deben ser acordes con el objeto de investigación y con sus objetivos, en tanto en cuanto aportar conocimientos, enfoques, teorías, conceptos y/o experiencias significativas para fundamentar la propia investigación y el criterio de actualidad, implica que las fuentes consultadas deben ser lo suficientemente actuales como para asegurar que reflejan los últimos avances de la disciplina, los más recientes hallazgos de la ciencia y/o los antecedentes empíricos más pertinentes referidos a sucesos ocurridos en el pasado reciente o en el presente.

Además se utilizó diferentes protocolos, guías que hacen referencia a la atención integral a personas con discapacidad y sus familias, manuales de recomendaciones para cuidadores de pacientes con discapacidad neurológica, cuidadores de la persona adulta mayor dependiente, modelo de gestión para la atención inclusiva de personas con discapacidad, estos protocolo, guías y manuales fueron parte fundamental de la recopilación de información para la elaboración de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de la búsqueda de la Información Bibliográfica.




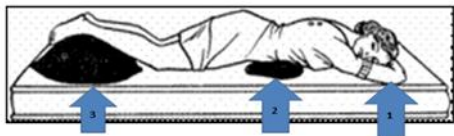
Tabla 1. Tabla de guías investigadas

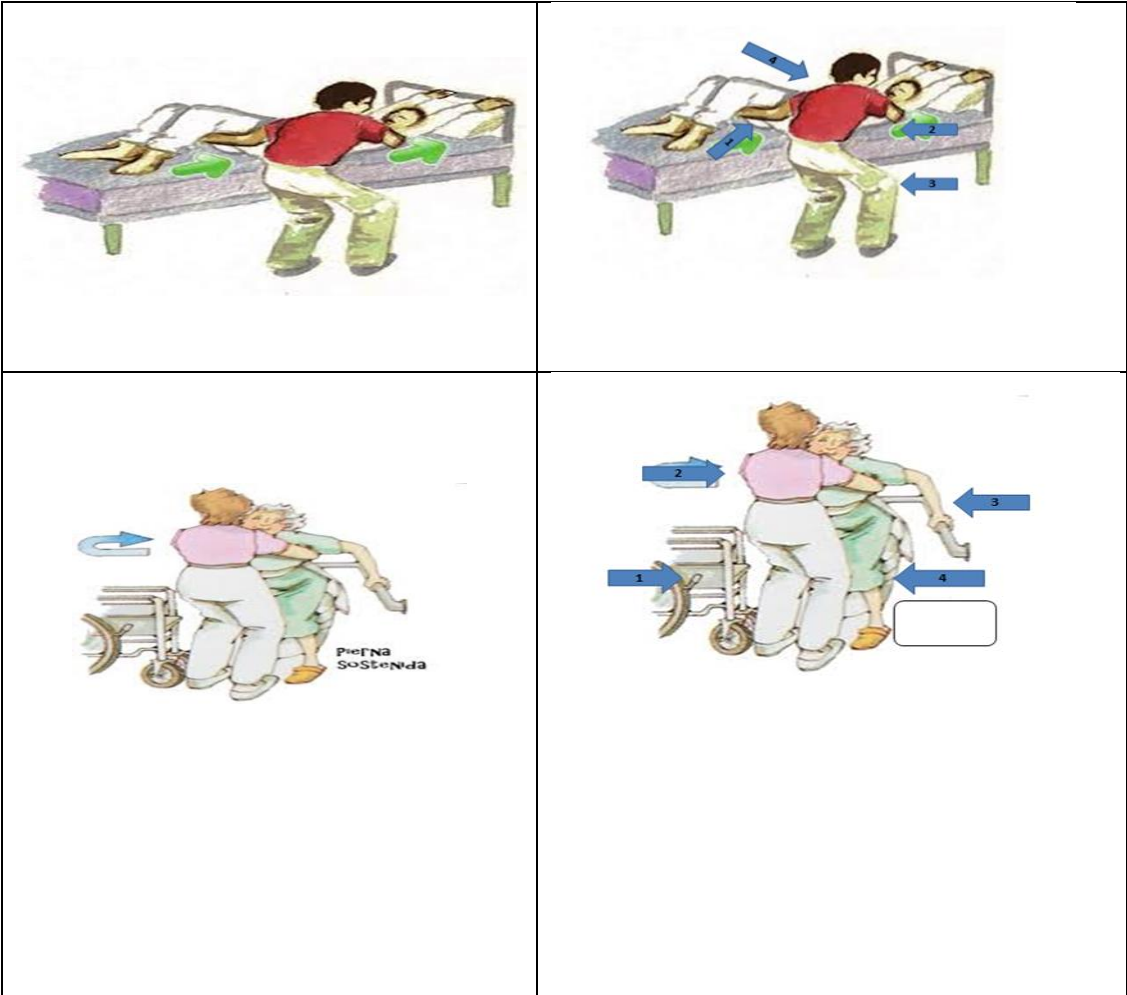
Título	Autor	Año	País	Fuente
MANUAL PARA CUIDADORES DE LA PERSONA DEL ADULTO MAYOR	Lcda. ROSA ELENA LARA	2011	ECUADOR	mantis@mantis.com.ec
MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON GRAN DISCAPACIDAD NEUROLOGICA	HOSPITAL UNIVERSITARIO	2011	ESPAÑA	http://www.cuidado.org/manual-pacientes-gran-discapacidad-neurológica
GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	2014	ECUADOR	www.salud.gob.ec
GUIA OPERATIVA DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS	MIES	2008	ECUADOR	MIES
GUÍA PARA PERSONAS CUIDADORAS	FUNDACIÓN JORGE QUERALTO	2006	ECUADOR	www.jorgequeralto.com
MODELO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INCLUSIVA DE PERSONAS CON	MIES	2013	ECUADOR	www.inclusion.gob.ec/uploads/2013

DISCAPACIDAD				
GUÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS DISCAPACIDAD ANTE EMERGENCIAS	CON	VICEPRESIDENCIA	2011	ECUADOR
				www.setedis.gob.ec >download>guia

4.2. Adaptacion de los gráficos

Tabla 2. Modificaciones de los contenidos de la guía en lo visual

Gráficos Recopilados	Gráficos Adaptados
	
	



Fuente: Robles Carrión José

Tabla 3. Terminología de palabras técnicas a simples

Palabras técnicas	Palabras simples
Posición decubito supino	Colocarse boca arriba
Posición de cubito pronó	Colocarse boca abajo
Posición de cubito lateral	Colocarse de lado
Sedestación	sentarse
Bipedestación	Posición de pie

4.3. Contenido de la guía

Tabla 4. La guía de manejo de pacientes con discapacidad física orientada a los cuidadores.

Movilizaciones	Transferencias	Higiene a la persona con discapacidad	Posiciones correctas
Cambio de boca arriba a posición de lado	Traslado de la cama a la silla de ruedas	Baño de esponja	Recomendaciones al cuidador al momento del descanso
Posición de lado	Traslado de la silla de ruedas al retrete	Limpieza de genitales	Como levantarse correctamente de la cama
Cambio de lateral a posición boca abajo	Transferencia de silla de ruedas a la bañera	Cambio de pañal al paciente	Forma correcta de levantar peso
Cambio postural hacia la cabecera de la cama		Cuidado de la piel	Tareas de limpieza

4.4. Respuestas de las preguntas de investigación

¿Cuál es la información bibliográfica pertinente para el manejo a pacientes con discapacidad física?

Para la recolección de la información bibliográfica, se realizó una recopilación minuciosa de varias fuentes, entre ellos, folletos, guías, manuales, libros que están enfocados al manejo de personas con discapacidad.

¿Cuáles son los componentes que se incluirán en la guía de manejo de pacientes con discapacidad?

Los componentes de la guía son la higiene, transferencia y movilizaciones de personas con discapacidad física así como las posiciones adecuadas del cuidador durante el desarrollo de las actividades diarias y su descanso que fueron incluidos de manera sencilla y didáctica y representados mediante gráficos para lograr una fácil comprensión.

4.5. Conclusiones

- La información recopilada para la elaboración de la guía en su mayoría fue receptada por protocolos, manuales y guías dirigidos a los cuidadores formales.
- Las componentes de la guía se basan en la transferencia y movilizaciones de personas con discapacidad física; tareas domésticas y descanso de los cuidadores.
- Se elaboró una guía para el manejo de cuidados a las personas con discapacidad con un lenguaje sencillo y gráfico

4.6. Recomendaciones

- Validar la guía para el manejo de personas con discapacidad física orientada a los cuidadores informales.
- Generalizar la guía para el manejo de personas con discapacidad física orientada a los cuidadores informales.
- Ampliar la guía teniendo en cuenta otras necesidades de los cuidadores informales.

BIBLIOGRAFÍA

1. García MdM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. [Online].; 2004. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500011&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Ministerio de Salud Pública. ; 2016.
3. SENADIS - Tapia, Sara. Manual para cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. [Online].; 2015. Available from: http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/manual_cuidadores_web.pdf.
4. COCEFME León y Castilla. Afrontamiento de la discapacidad. [Online].; 2007. Available from: <http://www.cocemfecyl.es/index.php/cuidadores/47-afrontamiento-de-la-discapacidad>.
5. Guia salud.es. Guías de práctica clínica. [Online].; 2014. Available from: <http://www.guiasalud.es/web/quest/guias-practica-clinica>.
6. Organizacion Mundial de la Salud. Clasificacion internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud Santander: IMERSO; 2014.
7. Cazar R. Análisis de la situación de la discapacidad en el Ecuador conadis , editor.; 2001.
8. Castanedo C. Deficiencia mental, Aspectos teóricos y tratamientos Madrid: CCs; 2010.
9. Comes G. Lectura y Libros para alumnos con necesidades especiales barcelona: CEAC; 2003.
10. Sanchez , Torres , Pérez. Discapacidad Visual y la sociedad. Educacion especial Educativa y profesores ante la diversidad. 2003.
11. Gonzáles J. Discapacidad Intelectual, concepto, evaluación e

interpretación psicopedagógica madrid: CCS; 2003.

12. Lozano A. Discapacidad y Autoestima: actividades para el desarrollo emocional del niño con discapacidad madrid: Mad; 2006.
13. Verdugo MA. Familias y Discapacidades Madrid: FEAPS; 2000.
14. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. [Online].; 2012. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004.
15. Universidad de Castilla,. Cuidadoras Informales. Una perspectiva de género. [Online].; 2000. Available from: https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm.
16. Barbier Ibañez M, Moreno Barrio S, Sanz Urdiales S. Guia de autocuidado para personas cuidadoras. Servicios sociales integrados. 2011 Diciembre.
17. josefdeabajo. Diferencias entre los cuidadores informales y formales. [Online].; 2015. Available from: <https://profesionaljdeabajo.wordpress.com/2015/04/21/diferencias-entre-los-cuidadores-formales-y-los-informales/>.
18. Alonso Sanchez. "http://www.alcavia.net/acodem/images/manual_cuidadores_2011.pdf". [Online].; 2014. Available from: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**
19. Ordón E. www.efisioterapia.net › Artículos de Fisioterapia. [Online].; 2012. Available from: <http://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>.
20. Navarro A. files.docenciaenfermeria.webnode.es/./Cambios%20Posturales%20en%20. [Online]. Available from:

<file:///C:/Users/Pancho/Downloads/Cambios%20Posturales%20en%20Pacientes%20Encamados.pdf>.

21. Instituto de Formación y Estudios Sociales IFES. intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones. [Online].; 2010. Available from: http://www.formacionyempleo.ugt-andalucia.com/uploads/M%C3%B3dulo_3.pdf.
22. PANI-MIES. [Online].; 2013.
23. Asamblea Nacional del Ecuador. [Online].; 2008.
24. Conadis. www.planificacion.gob.ec/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf. [Online].; 2013. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>.
25. Artalejo , F. Rodriguez, , V. Ortun Rubio. http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/MedClin_90.pdf. [Online].; 1995.
26. (E. Dueñas, M.A. Martínez, B. Morales, C. Muñoz, A.S. Viáfara y J.A. Herrera, 2008). https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=file:%2F%2F%2FC:%2FUsers%2FPancho%2FDownloads%2FNORMA%2520POSTRADOSen%2520domicilio%2520pdf%25. [Online]. Available from: https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=file:%2F%2F%2FC:%2FUsers%2FPancho%2FDownloads%2FNORMA%2520POSTRADOSen%2520domicilio%2520pdf%25.
27. Ann Bookman y Mona Harrington. www-tc.pbs.org/.caringforyourparents/.span_cfy_create_your_own. [Online]. Available from: https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=C%C3%B3mo+crear+un+m anual+para+cuidadores.
28. Ann Bookman y Mona Harrington. http://www-tc.pbs.org/wgbh/caringforyourparents/handbook/pdf/span_cfy_create_y

- our_own.pdf. [Online].; 2007. Available from: http://www-tc.pbs.org/wgbh/caringforyourparents/handbook/pdf/span_cfyp_create_your_own.pdf.
29. Ann Bookman y Mona Harringto. http://www-tc.pbs.org/wgbh/caringforyourparents/handbook/pdf/span_cfyp_create_your_own.pdf. [Online].; 2007. Available from: http://www-tc.pbs.org/wgbh/caringforyourparents/handbook/pdf/span_cfyp_create_your_own.pdf.
30. Cruz RZ. scielo. [Online].; 2007. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>.
31. Marforever. es.slideshare.net/MARFOREVEN/plan-de-ejercicios-pasivos. [Online].; 2012. Available from: <http://es.slideshare.net/MARFOREVEN/plan-de-ejercicios-pasivos>.
32. Rubio vML. www.innovaasistencial.com/index./82-movilizaciones-pasivas-2.html. [Online].; 2014. Available from: <http://www.innovaasistencial.com/index.php/asistencia-personal-blog/82-movilizaciones-pasivas-2.html>.
33. PANI-MIES. PROYECTO ALIMENTARIO NUTRICIONAL. [Online].; 2013.
34. De León H. es.slideshare.net/HowardBv/desnutricion-y-signos-vitale. [Online].; 2012. Available from: <http://es.slideshare.net/HowardBv/desnutricion-y-signos-vitales>.
35. Iruretagoyena MA. www.sdpt.net/par/alteracionesdelapresionyvascular.htm. [Online].; 2014. Available from: <http://www.sdpt.net/par/alteracionesdelapresionyvascular.htm>.
36. Alvarez BYB. es.slideshare.net/Blancabetancourt/asfixia-sofocacin-estrangulacin-y-ahogamiento-1843. [Online].; 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/Blancabetancourt/asfixia-sofocacin-estrangulacin-y-ahogamiento-18433338>.

37. Española CR. www.sercuidador.org/Adaptaciones-y-accesibilidad-en-el-hogar.html. [Online].; 2010. Available from: <http://www.sercuidador.org/Adaptaciones-y-accesibilidad-en-el-hogar.html>.
38. Herranz M. www.ceapat.es/InterPresent1/groups/./guadeproductosdeapoyo.pdf. [Online].; 2011. Available from: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf>.
39. Asamblea Nacional. www.asambleanacional.gob.ec/./si-tengo-discapacidad-que-beneficios-y. [Online].; 2014. Available from: <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/contenido/si-tengo-discapacidad-que-beneficios-y-derechos-tributarios>.
40. Organizacion Mundial De la Salud OPDLS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, De La Discapacidad y de La Salud Santander: IMERSO; 2014.
41. Zarit. Revista médica de Chile. 2009.
42. FEDEMA. LA SEGURIDAD EL PACIENTE. 2014; [file:///C:/Users/PANCHO/Downloads/MANUAL%20LA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20\(2\).PDF](file:///C:/Users/PANCHO/Downloads/MANUAL%20LA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20(2).PDF).

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA

**GUÍA PARA EL MANEJO DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD FÍSICA ORIENTADO
A LOS CUIDADORES INFORMALES.**



Presentación

Esta guía está orientada a los cuidadores informales que se encargan del manejo de pacientes con discapacidad física. El objetivo principal es brindar un apoyo al cuidador en diferentes tipos de manejos como transferencias, cambios posturales, ejercicios, higiene, signos vitales, adaptaciones el hogar, que pueden ser de gran importancia ayuda al cuidador la salud del propio cuidador por lo que se indicara en este protocolo las posturas correctas en su actividad cotidiana, a través de contenidos claros, dinámicos, sencillo, prevaleciendo la atención de los pacientes con discapacidad física y del cuidador informal

El Ecuador está en un cambio social, y dando importancia a las situaciones en que se halla el paciente con discapacidad física. Como el buen vivir, las condiciones en que se hallan, sus derechos, y la responsabilidad que debe tener su cuidador.

Introducción

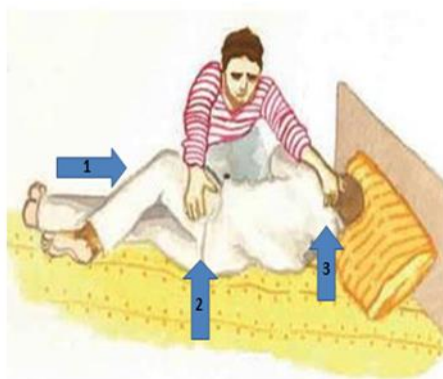
El cuidado de pacientes dependientes con discapacidad física es un tema de interés, que compete tanto al sector público y como a los profesionales de la salud. El mismo implica una gran responsabilidad que cargan sobre todo los familiares, los cuales deberán asumir la realización de una actividad para la cual generalmente no están capacitados.

Esta guía va dirigida fundamentalmente a los cuidadores informales, los cuales generalmente no tienen un adecuado conocimiento del manejo del paciente discapacitado, ni de su propio autocuidado y que en nuestro país casi la totalidad de estos cuidadores tienen un bajo nivel educacional. Por lo cual se ha elaborado con un lenguaje asequible y sencillo y se ha complementado con imágenes ilustrativas que facilitan aún más su comprensión. Que le será de gran utilidad a los mismos para mejorar las actividades de cuidado y a su vez para evitar o prevenir repercusiones negativas que devienen del manejo inapropiado del paciente dependiente.

Las instrucciones diseñadas en esta guía permitirán corregir algunas condiciones de vida tanto de las personas con discapacidad física, como de los individuos que los cuidan.

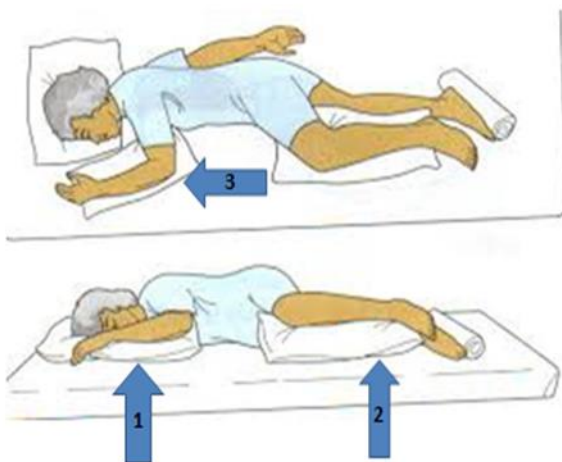
Gráfico 1. COMO REALIZAR MOVILIZACIONES DEL CUIDADOR HACIA EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

CAMBIO DE BOCA ARRIBA A POSICIÓN DE LADO



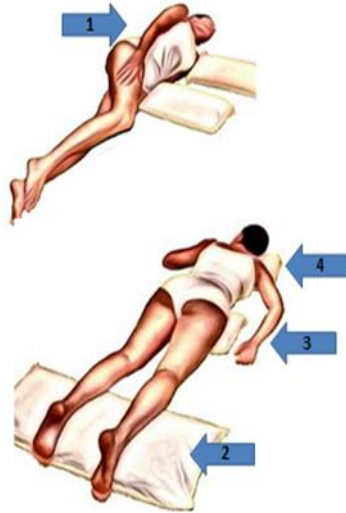
Fuente: Guiacp

Gráfico 2. POSICION DE LADO



Fuente: YOLANDA DÍAZ

Grafico 3. CAMBIO DE LATERAL A POSICIÓN BOCA ABAJO



Fuente: Fuente: Robles Carrión José

Grafico 4. CAMBIO POSTURAL HACIA LA CABECERA DE LA CAMA



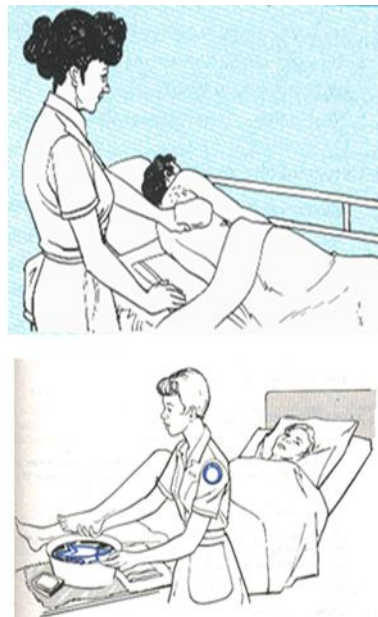
Fuente: Manual para el Cuidador. Autor Elena Ripol Muñoz. Terapeuta Ocupacional

Grafico 5. CAMBIO POSTURAL DE BOCA ARRIBA A SENTARLO



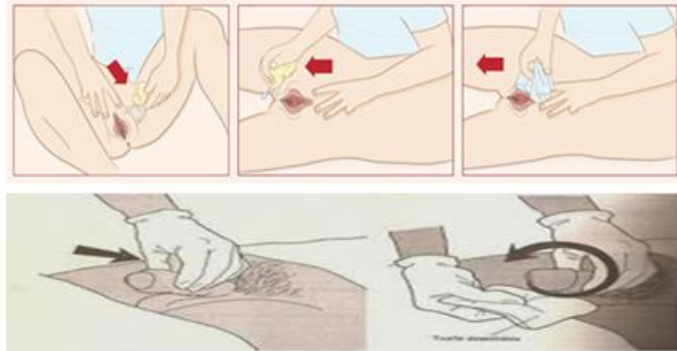
Fuente: Anarely Cárcamo Aburto

**Grafico 6. MEDIDAS HIGIÉNICAS A LA PERSONA CON DISCPACIDAD
BAÑO DE ESPONJA**



Fuente: Evelyn Elizalde

Grafico 7. LIMPIEZA DE LOS GENITALES



Fuente: Alicia Borgui

Grafico 8. CAMBIO DE PAÑAL AL PACIENTE



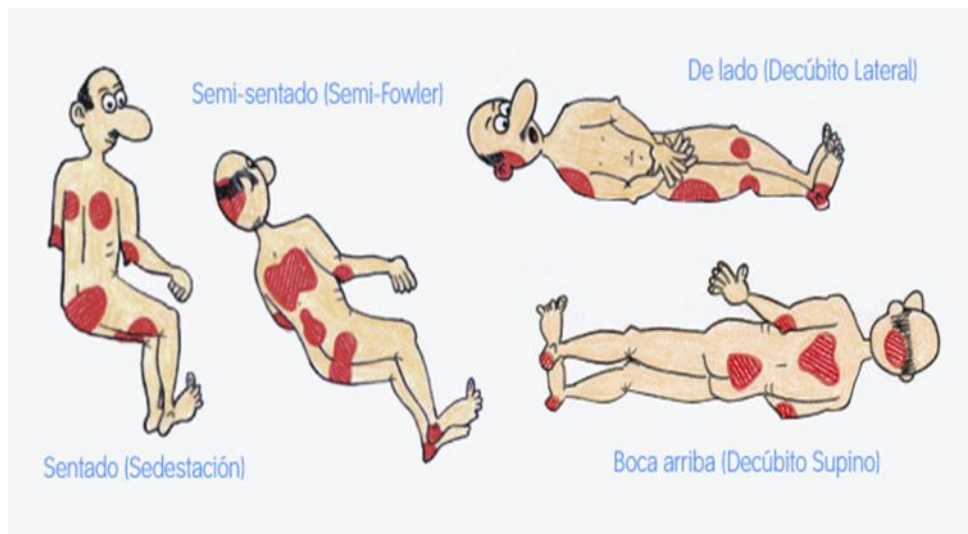
Fuente: Fistera

Grafico 9. CUIDADO DE LA PIEL



Fuente: Evelin Elizalde

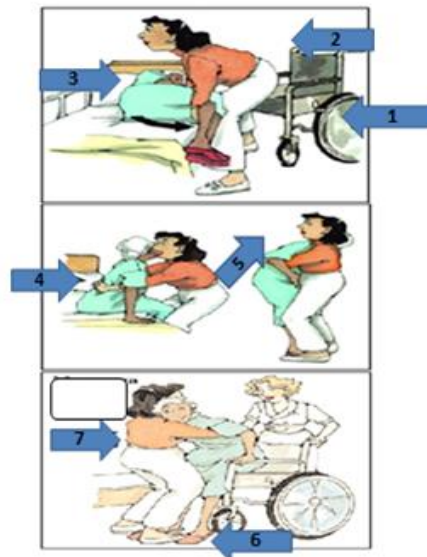
Grafico 10. EL CUIDADO DEL PACIENTE POR APARICIÓN DE ÚLCERAS



Fuente: Evelin Elizalde

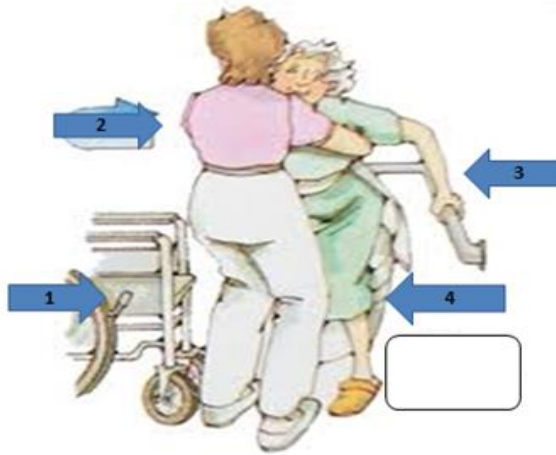
Grafico 11. TRASLADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

TRASLADO DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS



Fuente: Fairview

Grafico 12. TRASLADO DE LA SILLA DE RUEDAS AL RETRETE



Fuente: Fairview

Grafico 13. TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A LA BAÑERA



Fuente: Fairview

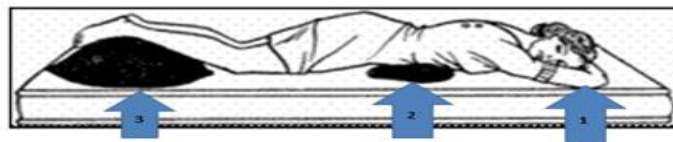
Grafico 14. RECOMENDACIONES AL CUIDADOR AL MOMENTO DEL DESCANSO

BOCA ARRIBA



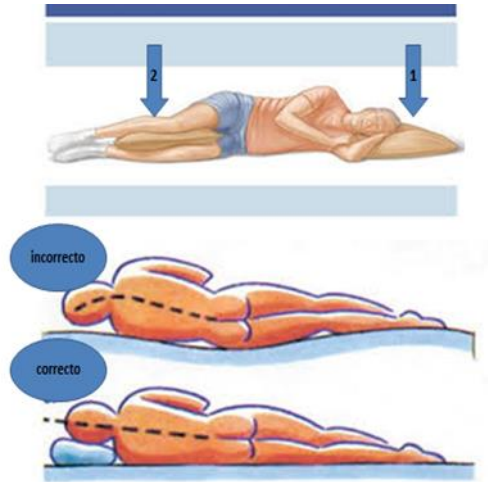
Fuente: Cryotec

Grafico 15. DESCANSO BOCA ABAJO



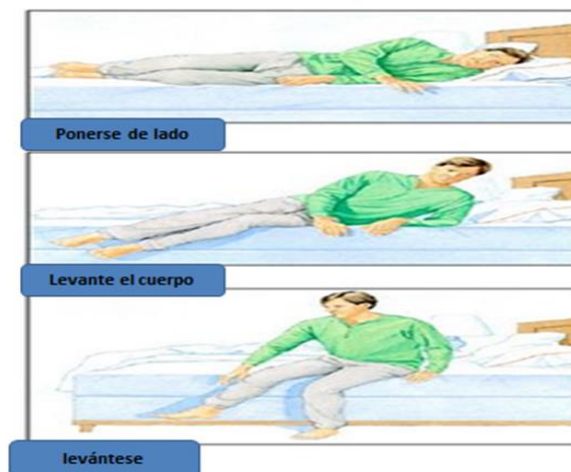
Fuente: Rilakz

Grafico 16. DESCANSO DE LADO



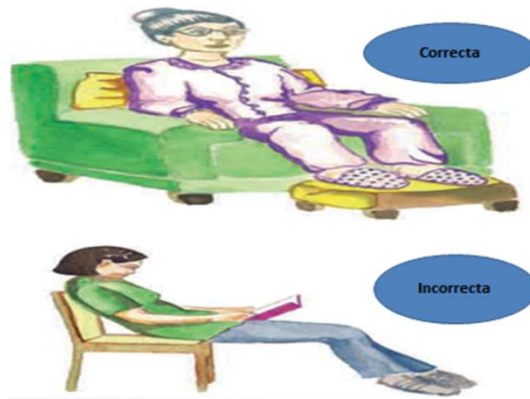
Fuente: Quirovida

Grafico 17. COMO LEVANTARSE CORRECTAMENTE DE LA CAMA



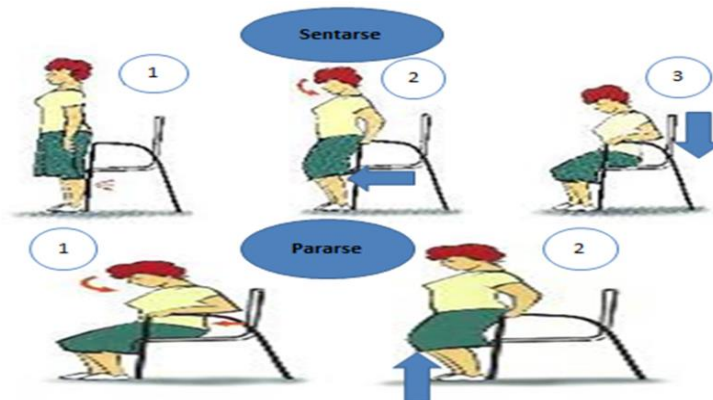
Fuente: Fairview

Grafico 18. POSICIÓN CORRECTA AL ESTAR SENTADO



Fuente: GrupFisioderm

Grafico 19. FORMA DE SENTARSE Y PARARSE



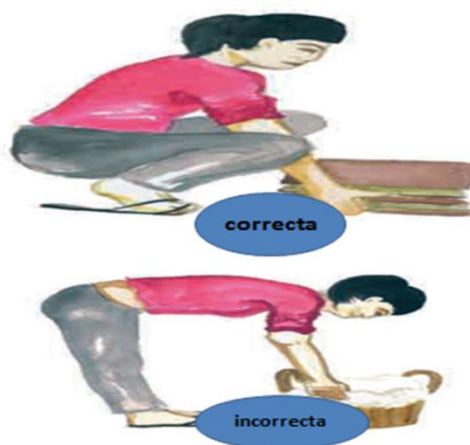
Fuente: Dra. Dolores García

Grafico 20. LA POSTURA AL ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE



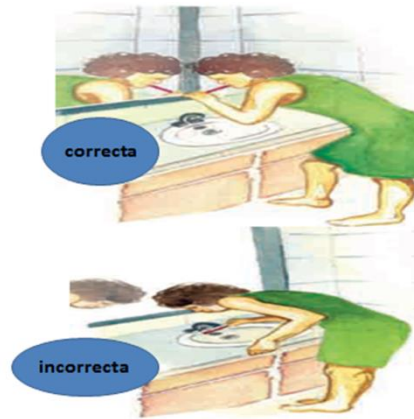
Fuente: Jorge Osorio (vida sana guía de autocuidado)

Grafico 21. FORMA CORRECTA DE LEVANTAR PESO



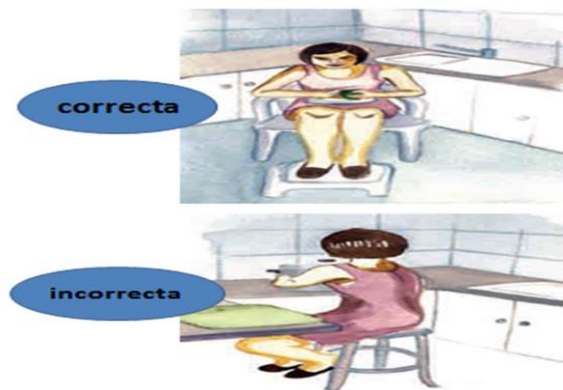
Fuente: Diego Herreros Jeraldo

Grafico 22. POSICIÓN EN EL ASEO PERSONAL DEL CUIDADOR



Fuente: GrupFisioderm

Grafico 23. TAREAS DOMÉSTICAS



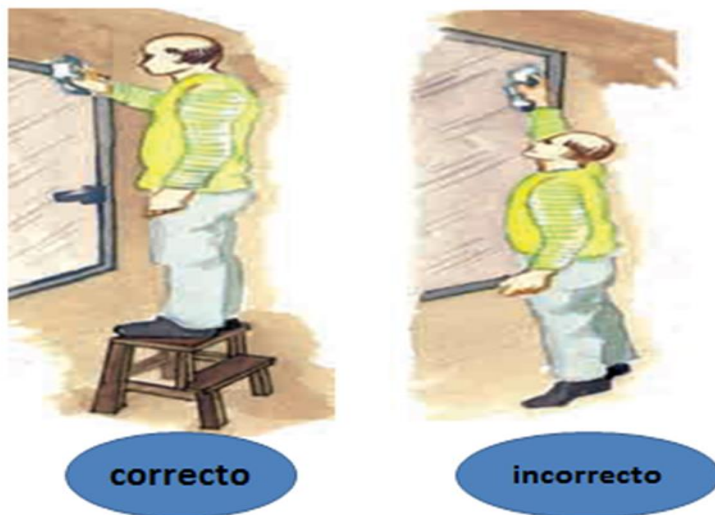
Fuente: GrupFisioderm

Grafico 24. TAREAS DE LIMPIEZA



Fuente: : Cerfid Blog

Grafico 25. TAREAS DE LIMPIEZA



Fuente: Terapia física.com

ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Discapacidad.-** La organización mundial de la salud define a la discapacidad como un término general que abarca las dimensiones, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.
- **Guía.-** Son conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes
- **Discapacidad física.-** en termino general abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación a nivel motor.
- **Dependencia.-** es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y para requerir ayuda su realización.
- **Movilización.-** movimiento al realizar sobre una misma área dando cambios de posición o de situación.
- **Transferencia.-** Es el movimiento que se realiza de un área a otra.
- **Restricción.-** Limitación que se produce en alguna cosa, especialmente en el consumo de algo.
- **Congénita.-** Que se presenta durante el período de gestación y puede ser hereditaria o no.
- **Síndrome.-** Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico

determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

- **Sobrecarga.-** Efecto de saturación u ocupación completa de una cosa que impide su funcionamiento normal.

DEVELOPMENT OF PROTOCOLS FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DISABILITY ORIENTED PHYSICAL CAREGIVERS”

SUMMARY

This research provided a protocol for the management of patients with oriented caregivers physical disability, which guides about care with disabilities in their level of dependency and avoid injuries that could threaten both physical and emotional integrity of the caregiver and disabled person.

Objective: To develop a protocol for the management of patients with caregivers oriented physical disability.

Methodology: Descriptive Research: this research used several (protocols/guidelines) orients to nursing caregivers, informal and formal caregivers, besides that the research took valuable information from Neurologic disability guidelines for caregivers, practical clinic guidelines and operational attention for disabled people and families guideline.

This research allowed us to visualize the social and economic reality of the disabled patients and teach the conditional to offer the proper treatment.

Theoretical Framework: the protocol aims to improve the care of physically disabled patients and teach the caregiver the best positions that will prevent any injury on both the patient or caregiver.

During the preparation of guide, it was take into account that different protocols the concepts are often very technical and not very understandable for caregivers and that is why it was created in a basic way, but without neglecting the importance of different techniques that require this of care.

Keywords: Protocol, Patient Management, Disability Carers

