



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR (A):
MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI**

**TEMA:
VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12
AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR
ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DICIEMBRE 2013 - ABRIL
2014.**

**TUTOR:
LCDA. KRISTY GLENDA FRANCO POVEDA, MGS.**

**GUAYAQUIL - ECUADOR
2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTOR (A)

Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda, Mgs.

REVISOR(ES)

Lcda. Mónica Jarrín Alvares, Mgs.

Lcda. Cristina González Osorio, Mgs.

DIRECTOR DELA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vines, Mgs.
Guayaquil, a los 30 días, del mes de junio del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mariela Mercedes Gallegos Lalangui**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**. DICIEMBRE 2013 - ABRIL 2014 previa a la obtención del Título de **Licenciatura en Enfermería** sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 días, del mes de junio del año 2014

EL AUTOR (A)

Mariela Mercedes Gallegos Lalangui



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACIÓN

Yo, Mariela Mercedes Gallegos Lalangui

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”. DICIEMBRE 2013 - ABRIL 2014**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días, del mes de junio del año 2014

LA AUTORA:

Mariela Mercedes Gallegos Lalangui

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios por ser quien guía mi camino, por estar presente a lo largo de mi carrera, Y haberme permitido llegar a la meta propuesta como también levantarme en mis momentos de flaqueza.

A mis padres Carmen y José por haberme dado la vida, por ser mi apoyo en todo momento con sus valores que me inculcaron para ser cada día mejor.

A mi hijo Leonardo que ha sido mi motivo de superación, por estar conmigo en los momentos de dificultad y la paciencia que tubo y demostrarme su amor cuando lo necesitaba (Gallegos Lalangui , 2014).

MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo cariño y amor a las personas que me brindaron su apoyo, que supieron motivarme para seguir adelante, por todo el esfuerzo que hicieron para estar presente en los momentos que los necesite. (Gallegos Lalangui, 2014)

A mis padres Carmen Lalangui y José Gallegos

MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE

PROFESOR DELEGADO

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CALIFICACIÓN

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

CARATULA	I
CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
CALIFICACIÓN	VIII
INDICE GENERAL	IX
INDICE DE GRAFICOS	XII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	1
1.1 RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.4 CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO	5
1.5 EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.6 OBJETIVOS	6
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6

CAPITULO II	7
2.1 MARCO TEÓRICO	7
2.1.1 NIÑOS CON DISCAPACIDAD	7
CUADRO N° 1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES MOTRICES SEGÚN SU ORIGEN	7
2.1.2 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA A NIVEL MUNDIAL	8
2.1.3 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN LATINO AMÉRICA	9
2.1.4 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN ECUADOR	11
2.1.5 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA A NIVEL MUNDIAL	12
2.1.6 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN AMERICA LATINA	14
2.1.7 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN ECUADOR	14
2.1.8 TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y MODELOS	15
2.1.8.1 PERSONA: COMO SER BIO-PSICO-SOCIAL	16
2.1.8.2 ENTORNO	16
2.1.8.3 SALUD	16
2.1.8.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA	17
2.1.9 FLORENCE NIGHTINGALE CON SU MODELO DEL ENTORNO	17
2.1.10 DOROTHEA OREM CON SU MODELO DEL AUTOCUIDADO	18
CUADRO N° 2 SEMEJANZA ENTRE EL MODELO DE DOROTHEA OREM Y LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	21

2.2 MARCO LEGAL	22
2.2.1 LEY SOBRE DISCAPACIDAD	22
2.2.2 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	24
2.2.3 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	25
CAPITULO III	26
3.1. ESQUEMA METODOLÓGICO	26
3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.1.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	26
3.1.1.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.1.1.4. TIPO DE MUESTRA	26
3.1.1.5. PROCESO DE SELECCIÓN	27
3.1.1.6. TÉCNICAS	27
3.1.1.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.1.2. VARIABLES	27
3.1.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
3.2. REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
3.3. CONCLUSIONES	61
3.3. RECOMENDACIONES	62
3.5. BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	72

INDICE DE GRAFICO

GRAFICO N° 1	31
GRAFICO N° 2	32
GRAFICO N° 3	33
GRAFICO N° 4	34
GRAFICO N° 5	35
GRAFICO N° 6	36
GRAFICO N° 7	37
GRAFICO N° 8	38
GRAFICO N° 9	39
GRAFICO N° 10	40
GRAFICO N° 11	41
GRAFICO N° 12	42
GRAFICO N° 13	43
GRAFICO N° 14	44
GRAFICO N° 15	45
GRAFICO N° 16	46
GRAFICO N° 17	47
GRAFICO N° 18	48
GRAFICO N° 19	49
GRAFICO N° 20	50
GRAFICO N° 21	51
GRAFICO N° 22	52
GRAFICO N° 23	53

GRAFICO N° 24	54
GRAFICO N° 25	55
GRAFICO N° 26	56
GRAFICO N° 27	57
GRAFICO N° 28	58
GRAFICO N° 29	59
GRAFICO N° 30	60

RESUMEN

Este trabajo de Investigación tiene como **objetivo** Conocer el tipo de vigilancia familiar sobre el cuidado en niños de 6 a 12 años con discapacidad motora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert E.” para mejorar la calidad de vida del objeto de estudio; Se realiza del 01 de Diciembre del 2013 hasta el 31 de Abril del 2014; con la finalidad de saber el conocimiento que tiene el cuidador del escolar referente a las medidas de cuidado que debe tener al alta hospitalaria y poder mejorar el estilo de vida. El **método** de estudio es de tipo descriptiva - explicativa por pretender conocer el nivel de conocimiento que poseen los familiares de los niños de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, se toma como **muestra** 30 cuidadores, se utiliza como **instrumento** la observación y la encuesta con información del paciente pediátrico y del cuidador. Teniendo como **resultado** que los cuidadores desconocen la forma de aplicar los cuidados al paciente pediátrico. También se identificó el nivel de estudio que poseen y en su mayoría tienen educación secundaria. Por tal motivo es importante la implementación de un Plan Post Alta dirigido al Cuidador del paciente pediátrico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, debido a que al momento no existe una guía que dirija en la asistencia, esto beneficiaría tanto al cuidador como al niño, permitiendo una mejor atención y desarrollo. Se puede concluir que la mayor parte de las personas que realiza la vigilancia del escolar, no están debidamente preparados para brindar la ayuda que demanda este tipo de paciente, ya que dentro de Terapia Intensiva Pediátrica quien realiza la asistencia de salud en lo que respecta a confort y alimentación es el personal de enfermería.

Palabras Claves: Cuidado, niños con discapacidad, vigilancia familiar

(ABSTRACT)

This research work **aims** to know the type of family care surveillance in children 6 to 12 years with physical disabilities in the Pediatric Intensive Care Unit of the Hospital "Dr. Robert E. Gilbert "to improve the quality of life of the subject matter; Takes place from December 1, 2013 until April 31, 2014; in order to know the knowledge that the caretaker of the school concerning measures of care must be at hospital discharge and to improve lifestyle. The study **method** is descriptive - explanatory by pretending to know the level of knowledge possessed by the families of the children in the Pediatric Intensive Care Unit, is **sampled** 30 caregivers, is used as an **instrument** of observation and survey information pediatric patient and caregiver. With the result that caregivers know how to apply to pediatric patient care. The level of study and have mostly have secondary education was also identified. For this reason it is important to implement a Plan Post High led the Caregiver of pediatric patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit, because when there is no guide to lead in attendance, this will benefit both the caregiver and the child allowing for better care and development. It can be concluded that most of the people doing the monitoring of the school, are not adequately prepared to provide the support necessary for this type of patient, as in Pediatric Intensive Care who performs health care in regard to Food is comfort and nursing staff.

Keywords: care, children with disabilities, family monitoring

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como la “pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social”(Recuperado, 2012)

Un Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) publicado por la Organización Mundial de la Salud indica que: existen más de mil millones de personas en todo el mundo con un tipo de discapacidad, las cuales poco más de 200 millones experimentan problemas en el funcionamiento motriz.(OMS - BM, 2011)

En Children’s Specialized Hospital ubicado en Nueva Jersey trata a 17.000 niños por año en la rehabilitación pediátrica, el cual cuenta con una fundación con el mismo nombre que maneja programas especializados para niños con diferentes discapacidades especiales, Children’s Specialized Hospital trabajan conjuntamente con las familias integrándolas en los cuidados que deben tener estos niños con necesidades especiales en sus hogares.

Con lo que respecta a América Latina aproximadamente alrededor de 85 millones de personas poseen algún tipo de discapacidad en su cuerpo. Por tal razón la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad difundida por las Naciones Unidas, tiene como prioridad en salvaguardar los derechos de los niños con discapacidad, para que puedan ser tratados con igualdad y ser parte de la sociedad para ayudar al mejoramiento de su calidad de vida.(OMS - BM, 2011)

En Ecuador la población es de 14.483.499 según informe poblacional del INEC (2011), y el índice de discapacidad en el país es elevado, de los cuales

alrededor del 12.14% es decir, 1.880.760.9 personas sufren de algún tipo de discapacidad, 184.336 familias ecuatorianas tienen al menos una persona con discapacidad, donde la mayoría son del sector rural con el 8% y del sector urbano con el 5%. En la sierra con al menos una persona que sufra algún tipo de discapacidad tenemos con el 8%; este porcentaje es superior a los de la Región Costa que es de un 4% y Amazonia 6%. Una de las provincias con un elevado índice de personas con discapacidad son Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay.

La discapacidad motora en niños es una problemática que va en aumento; ya que existe un grupo vulnerable; que está afectando a las familias ecuatorianas, según datos del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS - 2013) en Guayas existe 80.698 personas con algún tipo de discapacidad especial, y al menos 38.929 poseen incapacidad física, y en la ciudad de Guayaquil se presentan 25.564 casos; población que se encuentra afectada por esta problemática.

Los menores que se encuentran ingresados en Terapia Intensiva Pediátrica son a causa de traumas por accidentes de tránsito o accidentes en el hogar, problemas respiratorios, cardiopatías, neuroinfección, etc. que en algunos casos llega a afectar al sistema motor del escolar, provocando una incapacidad parcial o total de su cuerpo, y quien provee de los cuidados es el personal de enfermería.

El método de estudio que se utilizó es de tipo descriptiva - explicativa por pretender determinar el nivel de conocimiento que mantienen las personas sobre el cuidado en el objeto de estudio, se tomaron como muestra 30 sujetos para el desarrollo de la encuesta. La muestra es de tipo no probabilísticas porque los sujetos sometidos a la investigación fueron seleccionados no por probabilidad, sino por causas relacionadas con las características de la investigación.

CAPITULO I

1.1 RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Durante la observación realizada en el Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” pude detectar que los cuidadores primarios (padres, madres, familiares entre otros) tienen poca destreza en aplicar los cuidados en el paciente pediátrico en el hogar, situación que es un verdadero problema, ya que este tipo de paciente debe tener un cuidado especial, motivo por el cual fue necesario aplicar una encuesta para identificar los factores que impiden para realizar este proceso repercutiendo en la restauración de su salud.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” (UCIP), actualmente se evidencia la falencia en aplicar los cuidados adecuados, fundamentados en protocolos que permitan realizar una correcta rehabilitación y seguimiento post-alta a los niños que quedan afectados por alguna discapacidad motriz; por lo que los familiares en muchos casos el conocimiento y la aplicación de los cuidados son inadecuados.

La discapacidad motriz representa muchas limitaciones que obstaculiza poder valerse por sí mismo y afecta a un grupo mayoritario de niños por diferentes causas o enfermedades, por eso es importante una participación activa en el cuidado, tanto de profesionales de la salud como la integración de la familia en la rehabilitación y habilitación, para que puedan mantener un nivel óptimo a lo largo de sus vidas.

Por tal razón este trabajo de investigación va encaminado hacia las Personas Cuidadoras de paciente pediátrico con Discapacidad Motora ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la Ciudad de Guayaquil; fomentando o elaborando un plan de cuidado post – alta a los cuidadores primarios para que brinde la asistencia

de salud necesaria en el hogar, brindando una formación educativa práctica sobre las actividades que debe tener con el niño discapacitado, donde va a intervenir no solo la familia si no también otras personas, que en un momento dado pueda desempeñar el rol de cuidador supliendo las necesidades básicas del menor mejorando su bienestar y un buen vivir.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos atiende aproximadamente 800 niños por año según registros y datos estadísticos del área; en el periodo de diciembre del 2013 hasta abril del 2014, se han presentado 30 casos de niños con discapacidad motora, que fluctúan entre las edades de 6 a 12 años los que actualmente dependen básicamente del cuidado del personal de enfermería.

Este estudio de investigación fue necesario realizarlo; pues tanto los familiares o cuidadores desconocen del cuidado que el paciente pediátrico amerita luego del alta hospitalaria, si bien es cierto, son personas que no pretenden hacer daño al menor, pero al desconocer que se debe hacer ya “hay un problema”. Con esto se intenta identificar el nivel de conocimiento del cuidador para ayudar de manera precisa y sencilla el buen desempeño de su rol.

El déficit de conocimiento por parte del entorno familiar sobre los cuidados necesarios para el paciente pediátrico con discapacidad motora, ha ocasionado que no se logre una rehabilitación óptima y por ende se agrava más la situación de salud debido a la falta de atención por parte del entorno familiar.

El bajo nivel de educación familiar respecto de la importancia de los cuidados que se deben tener en los niños con discapacidad motora, ocasionan nuevas enfermedades tales como desnutrición, problemas dentarios, úlceras por

presión, neumonías, infecciones urinarias, escaldaduras y en ciertos casos hasta la muerte.

Otro de los factores que influye es la situación económica, pues al no existir recursos suficientes, la familia no cumple con las recomendaciones que otorgan los médicos y/o enfermeras respecto de los cuidados y la rehabilitación para una pronta recuperación del niño.

1.4 CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

- ✓ Contexto Institucional:
 - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
 - Carrera de Enfermería, Trabajo de Titulación
- ✓ Contexto Territorial:
 - Lugar: Guayaquil – Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”
 - Delimitación temporal: Diciembre de 2013 – Abril 2014
 - Delimitación del Contenido:
 - Déficit de conocimiento del cuidador en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
 - Campo: Salud - Cuidados
 - Problema sobre el cuidado de escolares de 6 – 12 años con discapacidad motora.

1.5 EVALUACIÓN DEL PROBLEMA:

- ✓ **Delimitado:** Porque la vigilancia familiar en el cuidado se va aplicar a los cuidadores de los niños que están ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- ✓ **Claro:** Porque va a estar redactado en forma precisa y en tercera persona con un lenguaje sencillo, que facilitará una lectura comprensible.
- ✓ **Evidente:** Porque la problemática se observa en la Unidad de Cuidados Intensivos al no aplicar el plan post – alta dirigido a los padres o familiares que hacen el rol cuidadores en sus hogares.

- ✓ **Relevante:** Es importante porque es necesario de que haya Plan post – alta sobre los cuidados que requieren los pacientes pediátricos luego de la alta médica.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el tipo de vigilancia familiar sobre el cuidado de niños de 6 a 12 años con discapacidad motora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la Junta de Beneficencia en la ciudad de Guayaquil, para mejorar la calidad de vida del objeto de estudio. Desde 01 de Diciembre 2013 hasta 31 abril del 2014.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características del cuidador del escolar con discapacidad motora mediante una encuesta.
- Identificar el tipo de vigilancia familiar que recibe el escolar de 6 a 12 años en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Definir el nivel de conocimiento del cuidador en la atención del escolar con discapacidad motora.

Con los antecedentes de la problemática, objeto de estudio, se formuló la siguiente pregunta:

¿Es necesaria la implementación de un Plan Educativo de Cuidados dirigido a los cuidadores de los pacientes pediátricos con discapacidad motora de la UCIP del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”?

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Niños con discapacidad

Al tratarse de la Discapacidad Motora se la puede definir como “La dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona” (M.E.C., 2007)

En el siguiente cuadro se presenta las principales discapacidades que presenta que puede afectar un niño:

Cuadro N°1. Clasificación de las discapacidades motrices según su origen

Encefálica	<ul style="list-style-type: none">• Parálisis cerebral• Traumatismo craneoencefálico• Tumores• Ataxia
Espinal	<ul style="list-style-type: none">• Espina bífida• Lesiones medulares degenerativas• Traumatismo medular• Atrofia espinal
Muscular	<ul style="list-style-type: none">• Miopatías (distrofia muscular de Duchenne de Becker, etc.)
Osteoarticular	<ul style="list-style-type: none">• Malformaciones congénitas• Malformaciones distrofias• Reumatismos infantiles• Lesiones osteoarticulares por desviación de raquis (escoliosis)

(Recuperado, 2011)

2.1.2 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA A NIVEL MUNDIAL

Si hablamos de discapacidad podemos decir que es un problema que está afectando a todo el mundo, sobre todo a los países más pobres que no cuentan con la economía y la tecnología que otros países más desarrollados. Sin embargo existen instituciones que se preocupan en la inserción de niños ante la sociedad, y que puedan beneficiarse de esta.

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad tiene por objeto de defender los derechos humanos de los discapacitados, pues no cuentan con los beneficios que brinda la sociedad a la población habitual (Unicef, 2013).

“Los niños y las niñas con discapacidad constituyen un grupo social especialmente vulnerable en nuestra sociedad. A pesar de los grandes principios de nuestras normas, internacionales y nacionales, los niños y las niñas con discapacidad tienen que afrontar en nuestra sociedad graves situaciones de desigualdad que hacen que les sea mucho más difícil que a los demás conseguir llevar una calidad de vida que les permita desarrollar al máximo posible sus capacidades y potencialidades, alcanzar en la mayor medida posible el libre desarrollo de sus personalidades” (Campoy Cervera, 2013).

Antes de todo es importante mencionar que el discapacitado es una persona, un ser humano, igual que todos, la única diferencia es que sufre una disfunción en una o algunas partes de su cuerpo, que afecta poder depender de sí mismo, que carece de un sin número de privaciones. Esto sin duda incluye también a la familia, porque es parte del crecimiento del menor con discapacidad motora y es quien tiene que proveer de las necesidades y del cuidado.

No obstante en los últimos años las familias en unión con diversas organizaciones gubernamentales que se dedican a la labor social, han podido superar obstáculos que se han presentado en el camino para la inserción del

niño con discapacidad a la sociedad; sin embargo existen algunos factores que impiden una completa reinserción.

Para algunos niños las cosas más simples son un reto, como vestirse o ir al colegio no se diga de un niño que no puede depender por sí solo, muchos viven discriminados o estigmatizados, limitados tanto por las barreras como las limitaciones físicas, los niños con discapacidad son los más marginados y son muy vulnerables ante la sociedad, por tal razón la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se hace partícipe de que los niños con discapacidad tienen derecho a los diferentes servicios que forman la asistencia sanitaria o que asistan a la escuela, que gocen de los mismos derechos que los demás, esto dependerá también del cuidador del menor con discapacidad motora, que pueda disfrutar de estos derechos, de tener una buena salud y una niñez feliz. (UNICEF, 2013)

Según informe de debate de la OMS y Unicef se han realizado algunos estudios donde se ha demostrado que los cuidadores de niños con discapacidad tienen una mejor interacción que con los cuidadores de niños sin ninguna discapacidad. Los cuidadores al tener un déficit de recursos económicos, de información necesaria es causante de una atención inadecuada del menor y una escasa ayuda social, estas causas afectan la salud física y mental de los cuidadores y poder responder a las necesidades de progreso del infante (OMS - Unicef, 2013)

2.1.3 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN LATINO AMÉRICA

La discapacidad en América Latina y el Caribe según el Banco Mundial, entre los años 2000 y 2011 asciende a más de 66 millones de personas, el 12.4% de América latina y un 5.4% del Caribe coexisten al menos 50 millones de personas con discapacidad, una publicación reciente calcula que en Brasil 14.5% de la población tiene algún tipo de discapacidad que afecta a los

miembros de la familia que es causa y efecto de la pobreza (The World Bank, 2011).

El papel del cuidador no es tan fácil ya que demanda de mucho tiempo, y dar cuidados a una persona con discapacidad forma una situación estresante en las personas que hacen el papel de cuidador ya que puede afectar en su bienestar tanto físico, psicológico y social. “Las percepciones sociales negativas llevan a que los niños y niñas con discapacidad tengan menos amigos, se aíslen y sean víctimas de hostigamiento; a que sus familias experimentan más estrés; y a que sus comunidades los traten como si no pertenecieran a ellas”.(Unicef, 2013).

Es necesario que el familiar que se va hacer cargo en el cuidado del niño con discapacidad motora deba proponerse como objetivo en dar el cuidado y la atención que requiere el niño; así mismo mantener la familia integrada con el menor en su atención. La familia realiza un papel importante en la unidad familiar, por tal razón la Convención sobre los Derechos de las Personas discapacitadas enfatiza que “las personas con discapacidad y los miembros de sus familias deben recibir la protección y la ayuda necesarias para que las familias puedan contribuir al goce pleno y equitativo de los derechos de las personas discapacitadas” (Recuperado)

Los niños y niñas con discapacidad, al igual que sus familias deben tener la protección social, ya que el nivel de vida de estos niños demanda muchos gastos y tiempo, y el familiar cuidador pierde oportunidad de trabajo por estar al cuidado del infante. “En muchos países se sigue ingresando a los niños y niñas con discapacidad en instituciones que no suelen dar la atención individualizada que los niños y niñas precisan para desarrollarse plenamente”(Unicef, 2013). Debido a que estas instituciones no cuentan con los recursos o son deficientes para la atención que requieren los infantes con discapacidad motriz y las existentes no tiene la supervisión adecuada para su cumplimiento.

2.1.4 VIGILANCIA FAMILIAR EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA ECUADOR

La discapacidad en Ecuador según el Consejo Nacional de Discapacitados (CONADIS) existen 361.511 personas con discapacidad registradas, de los cuales en Guayas existen 80.698 discapacitados y específicamente en Guayaquil se registran 54.445, de estos con discapacidad motora constan 25.564; por tanto el gobierno ha implementado políticas sociales para el beneficio de las personas con discapacidad en especial para los niños y niñas que es el grupo más vulnerable de la sociedad.

En el ensayo escrito por el Vicepresidente Lenin Moreno refiriéndose del Informe sobre Niños con Discapacidad de la UNICEF; manifiesta que “muchas familias viven en circunstancias extremadamente difíciles. El cuidado de los niños y niñas con discapacidad grave puede resultar especialmente costoso y, en algunos casos, obliga a las madres a abandonar a sus hijos para ganar dinero”(Recuperado, 2013)

La discapacidad de un niño afecta a todos los miembros del grupo familiar, en especial el sector marginal; ya que no cuentan con los recursos o los ingresos para el cuidado del niño con discapacidad motora, y esto permitirá que toda la familia se involucre con el menor para vigilar al niño, mientras el cuidador formal busca la manera de conseguir ingresos para solventar los gastos diarios.

En la ciudad de Loja una comunidad ha visto necesario la implementación de un programa “Creciendo con nuestros hijos” donde interviene la familia y la comunidad en el desarrollo del niño con discapacidad. “Creemos que es fundamental trabajar con y en el medio de la persona discapacitada: la familia y la comunidad. Esto supone una mayor implicación de ambos actores y una mayor cobertura de la atención. Ambas cosas permiten que la acción sea de mayor calidad y que sea sostenible en el tiempo” (Heinicke-Motsch, 2006).

Esto ha conllevado a que la comunidad tenga mayor confianza en el trabajo comunitario que a un centro especial, sin tomar en cuenta sus altos costos y la no integración de la familia.

En el año 2009 se creó un proyecto “Misión Solidaria Manuela Espejo” liderada en ese entonces por Vicepresidente de la República Lenin Moreno; cuyo proyecto se encargaba de ayudar a las familias ecuatorianas de bajos recursos económicos y que tenían una persona discapacitada en su hogar, en su ensayo manifiesta que 293.743 personas con discapacidad fueron localizadas; entre esas personas 55.000 niños y niñas menores de 18 años. (Moreno Garces, 2013). Actualmente la familia cuidadora de un niño con discapacidad cuenta con un bono que le otorga el Gobierno Ecuatoriano para mejorar la calidad de vida del niño y la familia cuidadora para que pueda brindar una asistencia de calidad a los cuidados necesarios para la salud del beneficiario.

2.1.5 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA A NIVEL MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como “Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (Recuperado, femede.es).

Aunque no hay una clasificación clara sobre una normativa sobre el autocuidado que abarca a las personas con discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiente de este problema, lleva años intentando desarrollar una herramienta útil, practica y precisa, que sea reconocida a nivel internacional, y que ayude en diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociada a las condiciones de salud del ser humano (Recuperado, sld.cu).

Tener un problema, puede significar, tanto una dependencia, como una limitación, restricción o barrera dependiendo de lo que estamos clasificando

(Recuperado, sld.cu). Actualmente la sociedad está involucrándose cada vez con las personas discapacitadas y sobre todo con los niños, que constituye una parte vulnerable de la población y se debe ser partícipes en la inserción de este grupo a la sociedad supliendo sus necesidades, y en la rehabilitación de la misma.

En el informe mundial de la discapacidad, se busca intervenir en la protección social de las personas con discapacidad; por esa razón la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, mantiene que las personas discapacitadas tienen los mismos derechos a la protección social e intervenir en ellos; varios países tienen programas de protección social para personas discapacitadas y su familia de pobreza extrema, brindando asistencia social como lo es acceso adecuado a los servicios de salud, una mejor accesibilidad a los lugares, igualdad de derechos, la rehabilitación, la educación etc. (OMS, 2011).

El niño que tiene discapacidad motora es necesario identificar los problemas y necesidades en relación con el entorno y el ambiente. Es preciso educar a las personas discapacitadas y a sus familias para que adquieran conocimientos para mejorar el estilo de salud.

Uno de los principios esenciales de la vida en comunidad lo constituye el derecho que tienen todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades, a desarrollar sus capacidades y autonomía para construir su destino utilizando todos los sistemas, servicios y apoyos dispuestos para tal afecto por la sociedad(Cano Restrepo, 2008).

2.1.6 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN AMÉRICA LATINA

En América latina “el concepto de autocuidado de la salud se ha construido a partir de las observaciones sobre lo que las personas hacen en beneficio de su salud, lo que los familiares o amigos ofrecen en forma de cuidado al enfermo y lo que los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva” (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

La rehabilitación del niño con discapacidad va a depender de los cuidados o autocuidados que brinde el cuidador. “Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener, se requiere acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e integración o inclusión social. (Recuperado, sld.cu, 2011).

En el desarrollo de cada persona se dan cambios en las características del individuo, que a lo largo del tiempo se va adecuando a las diferentes etapas de la vida en el entorno que viven. El niño con discapacidad motora, que interactúa en un entorno que no brinda el apoyo necesario en la disminución de las limitaciones funcionales, no podrá obtener un progreso adecuado, por los obstáculos que se presentan en el camino, sin ayuda de instituciones tanto privadas como gubernamentales en dar la apertura a las personas discapacitadas a un entorno adecuado para ellos.

2.1.7 NORMAS DE AUTOCUIDADO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA EN ECUADOR

En Ecuador actualmente existen instituciones que se preocupan en la inclusión de las personas discapacitadas “Según el Estatuto orgánico por procesos MIES, las atribuciones de la Subsecretaría de Discapacidades se concentran en la misión de proponer, ejecutar y evaluar la política pública de inclusión social de las personas con discapacidades, y las relaciones positivas del entorno familiar.”(MIES, 2013).

Para llevar adelante esta tarea será necesario el compromiso de todos los sectores y no solo del sector salud, tomando en cuenta que la pobreza es el

factor dominante para llevar a cabo las acciones de la prevención de la salud, y la familia tiene un papel importante en la rehabilitación de los niños con discapacidad motora en el momento que estén en su hogar, ya que será el cuidador / cuidadora quien ponga en práctica los hábitos de autocuidado en alimentación, higiene, movilización, etc.

Aunque no se conocen normas de autocuidado que se apliquen en el Ecuador para el niño con discapacidad motora, hay instituciones que si brindan ayuda para la inclusión a la sociedad para mejorar el estilo de vida del niño como lo es la Misión Solidaria “Manuela Espejo” que se encarga de adecuar los hogares según la necesidad de niño con discapacidad para un mejor cuidado; otras de las ayudas que da el Gobierno es el Bono de Desarrollo denominado “Bono Joaquín Gallegos Lara” que busca en conjunto con la Misión “Manuela Espejo” mejorar el estilo de vida de las personas y sobre todo de los niños que están en pleno desarrollo en medio de su discapacidad.(Discapacidad Online, 2010)

2.1.8 TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y MODELOS

Durante mucho tiempo los cuidados de enfermería se han llevado a cabo por el medio familiar, el medio religioso, que se han ido modificando a lo largo del tiempo y ha tenido muchas transformaciones en los últimos siglos, la enfermería no es simplemente los cuidados, si no es una Ciencia con conocimientos permitido en el desarrollo de nuevas teorías dirigidas a la población para un bien común.

Se va a definir como teoría “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ellos las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, preceder y / o controlar los fenómenos por tanto a una teoría para ser considerada como tal se pide: claridad, generalidad, sencillez, precisión empírica y utilidad” (Del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza,

2006). Se va a definir cuatro conceptos fundamentales en la enfermería como son: persona, entorno, salud, cuidados.

2.1.8.1 PERSONA: COMO SER BIO – PSICO – SOCIAL

La persona es el equilibrio interno que mantiene el ser humano cuidando la satisfacción de sus necesidades básicas como lo son el respirar, alimentarse, el descanso, ejercicio etc; que permite relacionarse con el medio que lo rodea. Se puede decir que “El ser humano se concibe como un ser global (bio-psico-social) integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. (Lluch, 2000).

2.1.8.2 ENTORNO

Está formado por los diferentes situaciones que vive la persona, la familia y la comunidad; que a lo largo va afectar la vida de cada individuo, dependerá de la sociedad que sea vea afectada de forma positiva o negativa. En una de las notas que Florence escribió enfatiza que la enfermería es para, “ayudar a la naturaleza a curar al paciente esto se consigue controlando los entornos internos y externos de forma asistencial compatible con las leyes de la naturaleza” (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

2.1.8.3 SALUD

Se considera a la salud como la habilidad de la persona para realizar sus actividades sin ayuda, manteniendo una integridad física, mental, social lo que determina el buen estado de salud. Tomando en consideración de que “La vida humana y la salud son el resultado del equilibrio entre el hombre y su ambiente, son el producto de la continua interacción del organismo y el ambiente externo. La relación entre el ambiente externo y nuestro organismo; se realiza a través del ambiente interno o fisiológico constituido por todos los líquidos orgánicos de nuestras células”(Ledesma M. d., 2004)

2.1.8.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es ayudar a la persona a mejorar la calidad de los cuidados, proporcionando un ambiente adecuado, personalizando los cuidados para satisfacer las

necesidades de las personas. Tener un plan de cuidados definidos permite saber que se puede hacer, cuando se lo puede hacer y a quien se debe hacer manteniendo una continuidad de los cuidados para ayudar a mantener un estado óptimo en el bienestar de la persona.

Se define también al cuidado de enfermería como “Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas para administrar los cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales de individuo, familia y comunidad.” (Andrade Cepeda & Chavez Alonso, 2004)

En el presente trabajo se va a mencionar algunas de las teorías de enfermería que nos van a dirigir en la investigación y crear nuevas ideas sobre el tema en estudio que se va a realizar, entre ellas tenemos la Teoría del Entorno de Florence Nightingale, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, las cuales van ayudar en el desarrollo de la misma colocando distintos escenarios en lo que respecta al cuidado del paciente en su entorno y la familia, ya que las teorías de enfermería sirven como enseñanza para la aplicación de los cuidados que se va a utilizar, principalmente para organizar los planes de enfermería según la necesidad del niño con discapacidad motriz.

2.1.9 FLORENCE NIGHTINGALE CON SU MODELO DEL ENTORNO

Tomando como referencia la Teoría del entorno por Florence Nightingale, (1860/1969), que fue una de las pioneras en las Teorías de la Enfermería, definió a la enfermería hace más de 100 años como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación” (Hill, 2005)

Florence Nightingale tenía como objetivo principal tener al paciente en las mejores condiciones, el uso apropiado del aire, el calor, la higiene, reposo y una dieta balanceada, para tener el menor gasto de energía que es vital en el paciente, según Florence para que la “naturaleza actué sobre” (Salud D. s., 2006). Es necesario para los niños con discapacidad ofrecer toda la

comodidad posible para que tenga un entorno agradable, y esto dependerá del cuidador del niño que pueda ofrecer un ambiente adecuado, mantenerlo limpio, dar una alimentación saludable, ya que por su incapacidad tendrá que depender de una persona para que lo cuide.

Nightingale consideraba o hacía referencia a la persona como un *paciente* Las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. (Raile & Marriener Tomey, 2011)

Su libro “Notas sobre Enfermería” es considerado la primera incursión en determinar una teoría sobre el saber y la práctica de la enfermería profesional, por cuanto crea el primer paradigma de la enfermería con énfasis no solo en la atención del enfermo , sino también en lo concerniente a la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud” (María, 2006) La teoría de Florence se centraba en el medio que nos rodea, enfatizaba que un entorno saludable es importante para designar los cuidados de enfermería adecuados, involucrando siempre los cinco elementos esenciales para un entorno saludable como lo son el aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene, luz que hasta la actualidad son necesarias.

2.1.10 DOROTHEA OREM CON SU MODELO DEL AUTOCUIDADO

De la misma manera, Dorohtea Orem define al autocuidado como “las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y bienestar, y de responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud” (Recuperado, aibarra.or); en su Teoría que fue publicada en 1971, incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería.

El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para proporcionar y mantener el bienestar personal. La aplicación del autocuidado es la capacidad de cada

persona para realizar individualmente sus actividades de autocuidados que implica a dos gestores: una persona que realiza el autocuidado con independencia y el otro una persona diferentes al individuo que proporciona los cuidados, por lo general los adultos se pueden cuidar por sí mismos, pero los niños y las personas con una discapacidad necesitan asistencia para las actividades de autocuidados.

Cada individuo tiene sus propias necesidades que cumplir; Orem en su teoría creó tres categorías de requisitos necesarios para el autocuidado:

1) Requisito Universales de Autocuidado:

Son comunes para todos los individuos como suficiente aire, agua, comida, mantenimiento de la ingestión y eliminación, prevención de peligros de la vida, tener equilibrio entre la soledad e interacción y, ejercicio y ejercicio; fomentar la actividad humana normal.

2) Requisito de Autocuidado para el desarrollo:

Tiene que ver con el proceso de desarrollo humano durante la vida del individuo, en los diferentes cambios que se presenta en las etapas del ciclo de vida.

3) Requisitos de Autocuidado en caso de desviación de la salud:

Esto tiene que ver con las personas que presentan quebrantos en la salud ya sea por una enfermedad, lesión física o patológica, buscando medidas de asistencia sanitaria, el cumplimiento de tratamientos y aprender sobrevivir con la enfermedad.

El déficit de autocuidados se produce cuando no son suficientes para cubrir la demanda de los cuidados. La teoría del déficit de autocuidados de Dorothea Orem explica no sólo cuando son necesarios los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería según Orem “Es un proceso pensando, organizando, controlando y dirigiendo hacia una meta”(García Gonzales, 2004); se puede decir que es alcanzable cuando el paciente ha cumplido con los autocuidados terapéuticos, los cuidados de enfermería permitan una autonomía, a la

integración de la familia y la comunidad en la ayuda de los cuidados del paciente.

Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería: 1) Sistemas de compensación total, que son necesarios para personas incapaces de controlar y vigilar su entorno y de procesar información; 2) Sistemas de compensación parcial, diseñados para personas incapaces de realizar alguna, pero no todas, las actividades del autocuidado. 3) Sistemas de apoyo educativo, que están diseñados para personas que necesitan aprender a realizar medidas de autocuidado y ayuda para hacerlo. (Kozier, 2005)

En el Proceso de Enfermería al ser un método sistemático y organizado para la aplicación de los cuidados de enfermería beneficia al menor en la personalización de los cuidados otorgados y mejora su atención ya que esto impide olvidos o repeticiones. El proceso de atención de enfermería se divide en cinco etapas que son la Valoración, Diagnostico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación que en conjunto con el modelo de Dorothea Orem permite que los cuidados sean más eficientes y de mejor calidad.

Cuadro N° 2 Semejanza entre el Modelo de Dorothea Orem y las Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Enfermería
<p><u>Teoría de Autocuidado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Requisitos de Autocuidado 	<p><u>Valoración</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar los requisitos de autocuidados que comparten los integrantes del grupo comunitario.. • Evaluar situación de autocuidado de los integrantes del grupo comunitario.
<p><u>Teoría de Déficit de Autocuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda terapéutica • Agencia de Autocuidado • Déficit de Autocuidado 	<p><u>Continúa la valoración</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la agencia de autocuidado de los integrantes del grupo • Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen en común el grupo comunitario. <p><u>Diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. • Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
<p><u>Teoría de Sistemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agencia enfermería • Sistema enfermería 	<p><u>Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. • Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda

(Sciolo, 2010)

2.2 MARCO LEGAL

Las normas legales que sustentan la aplicación este proyecto se detallan a continuación: Informe sobre la discapacidad emitido por la Organización Mundial de la Salud, la Constitución Política de la República, Ley Sobre Discapacidad y su Reglamento, Normativa Legal que Ampara Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad, Código De La Niñez Y Adolescencia, Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud, Ley Orgánica De Salud.

La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD aprobó en la 132° REUNIÓN el 30 de noviembre del 2012 y en la 66° ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD del 11 de marzo del 2013 la siguiente resolución respecto del tema de la Discapacidad, de los cuales se resalta el siguiente punto:

“13. Invertir en programas y servicios para las personas con discapacidad. Algunas personas con discapacidad pueden necesitar acceso a medidas específicas, como rehabilitación y servicios de apoyo, que pueden mejorar el funcionamiento y la autonomía y fomentar la participación social. También necesitan servicios de rehabilitación integrados y descentralizados y la provisión mejorada de tecnologías de ayuda, por ejemplo sillas de ruedas, audífonos, dispositivos para mejorar la visión y servicios conexos. Es necesario formar personal de rehabilitación en cantidad suficiente para ayudar a las personas con discapacidad a realizar su potencial y tener las mismas oportunidades que los demás de participar plenamente en la sociedad. Hay que invertir en una gran variedad de servicios de apoyo bien reglamentados y con capacidad de respuesta, tales como cuidado de relevo, ayudantes personales y lenguaje de señas, entre otros, que permitan fortalecer la dignidad y el bienestar de las personas con discapacidad y sus familiares.”
(OMS, 2013)

2.2.1 LEY SOBRE LAS DISCAPACIDAD

Según el CONADIS hace referencia a la Ley sobre la discapacidad en el Art. 3.- referente a la persona con discapacidad “Para efectos del cumplimiento de las disposiciones de la ley y el reglamento, se considerará persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más

deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales” (Recuperado, enfermedadespocofrecuentes, 2013)

En el Art. 4.- “Al Ministerio de Salud le corresponde asumir las siguientes responsabilidades: 1.-- Desarrollar mecanismos para la utilización del sistema de atención primaria de salud, a fin de llegar a todos los sectores de la población, particularmente rurales y urbano-marginales, con la finalidad de prevenir las discapacidades. 2.-- Fortalecer los programas de inmunización, y de atención prenatal, natal y postnatal, relacionados a las causas directas e indirectas que ocasionan deficiencias y discapacidades, priorizando grupos de alto riesgo. 3.-- Establecer un sistema de consejería genética para evitar el apareamiento de discapacidades. 4.-- Desarrollar programas orientados a prevenir las situaciones potencialmente discapacitantes que devienen de agentes biológicos, de contaminación ambiental, de enfermedades degenerativas y crónicas y adoptar medidas para prevenir los trastornos psicológicos. 5.-- Establecer programas para el diseño, producción y distribución de órtesis y prótesis y otras ayudas técnicas, que reemplacen o compensen las deficiencias y que permitan a las personas con discapacidad tener facilidades para adquirir y mantener los mismos, así como la fijación de tarifarios y normativas de Funcionamiento. -6.- Organizar, implementar y poner en ejecución el Sistema Único de Calificación de Discapacidades, diseñado por el CONADIS. 7.-- Ejecutar programas de prevención de accidentes de tránsito, hogar, laborales y otros. 8.-- Adoptar medidas de control contra el uso indebido de drogas, estupefacientes y psicotrópicos, alcohol, tabaco, medicamentos, a fin de prevenir la discapacidad. 9.-- Impulsar la realización de estudios epidemiológicos encaminados a conocer los factores de riesgo y causas de las discapacidades. 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” (Recuperdo, 2013)

2.2.2 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Según el Código de la niñez y la adolescencia en el Art. 26.- Derecho a una vida digna “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte” (Codigo de la Niñez y Adolescencia, 2003).

Según el código de la niñez y adolescencia en el Art. 27 sobre el Derecho a la salud “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende: 1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable; 2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten” (Codigo de la Adolescencia y la Niñez, 2003).

También se indica en el Art. 55 sobre el Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales “Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de

modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición”(Codigo de la Niñez y la Adolescencia, 2003).

2.2.3 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Según indica la Ley Orgánica de la Salud en el Art. 5“Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural. 1. Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local” (Recuperado, slideshare.net, 2011).

Según el Art. 6 sobre el Modelo de Atención “El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas” (MSP, salud.gob.ec, 2012).

CAPITULO III

3.1 ESQUEMA METODOLOGICO

3.1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de investigación de la vigilancia familiar sobre el cuidado de pacientes pediátricos con discapacidad motora es de tipo descriptiva - explicativa. El tema en estudio se lo realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

3.1.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Los sujetos en estudio son los cuidadores de los niños entre 6 y 12 años que ingresaron al área de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del niño “Dr. Roberto Gilbert E.” con diagnostico presuntivo o definitivo de alteraciones relacionadas a discapacidad motora, para conocer el nivel de conocimiento vinculado al cuidado del paciente pediátrico en el tratamiento post alta.

3.1.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo total serán 30 cuidadores de menores de 6 a 12 años ingresados en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert E.” De la ciudad de Guayaquil desde Diciembre 2013 hasta Abril 2014.

3.1.1.4 TIPO DE MUESTRA

La muestra es de tipo no probabilísticas porque los sujetos a investigarse son seleccionados no por probabilidad, sino por causas relacionadas con las características de la investigación.

3.1.1.5 PROCESO DE SELECCIÓN

Se seleccionará a los sujetos en estudio:

- ✓ Hombre o mujer cuidador del escolar
- ✓ Género indistinto
- ✓ Que tenga mayoría de edad
- ✓ Que tengan un menor ingresado en el área Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico
- ✓ Cuidadores con más de 8 horas diarias en la unidad que atiende el escolar.

3.1.1.6 TÉCNICAS

Como técnicas de investigación se aplicaron la encuesta dirigida al cuidador del escolar.

3.1.1.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realiza una encuesta compuesta por 30 preguntas, dirigido a los cuidadores primarios de pacientes pediátricos con discapacidad motora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con respuestas de tipos dicotómicas, abiertas y cerradas.

3.1.2 VARIABLES

- Cuidado
- Vigilancia familiar (cuidador)
- Niños de 6 a 12 años

3.1.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Cuidados	La acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñarse por sí mismo.	Patrones Funcionales	<ul style="list-style-type: none">- Percepción de la salud- Nutrición metabólico- Eliminación- Actividad / ejercicio- Sueño / descanso- Cognitivo / perceptivo- Tolerancia al estrés- Valores / creencias- Rol / relaciones

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>Vigilancia Familiar</p> <p>Cuidador</p>	<p>Es Observar, identificar y actuar sobre los problemas más relevantes que afecta a un miembro de la familia en su entorno familiar.</p> <p>Son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario.</p>	<p>Tipos de familia</p> <p>Sexo</p> <p>Parentesco</p> <p>Nivel de estudio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nuclear - Extensa - Monoparental - Madre soltera - Masculino - Femenino - Papá - Mamá - Tío - Abuelos - Otros - Instrucción primaria - Instrucción secundaria - Instrucción Superior

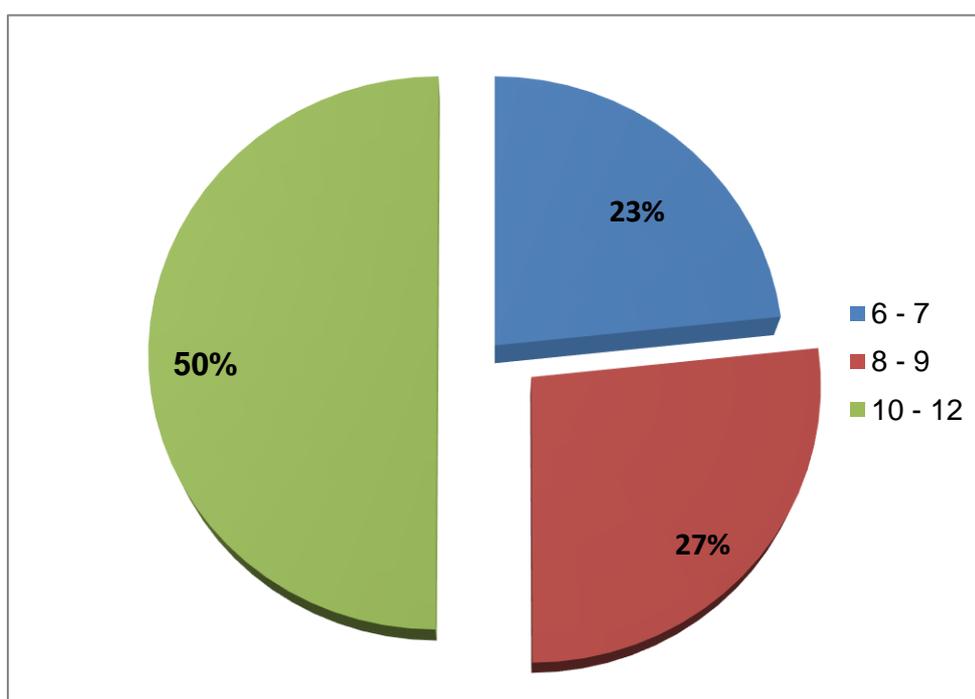
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
(Escolares)	Etapa comprendida entre los 6 – 12 años de edad, También llamada niñez intermedia.	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Genero - Tipo de discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> - 6– 7 años - 8 – 9 años - 10 – 12 años - Masculino - Femenino - Auditiva - Motriz - Verbal

3.2 REPRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Vigilancia Familiar En El Cuidado De Niños De 6 A 12 Años Con Discapacidad Motora. Unidad De Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. Diciembre 2013 - Abril Del 2014.

1. Según edad del niño / niña con discapacidad motora.

Grafico N° 1



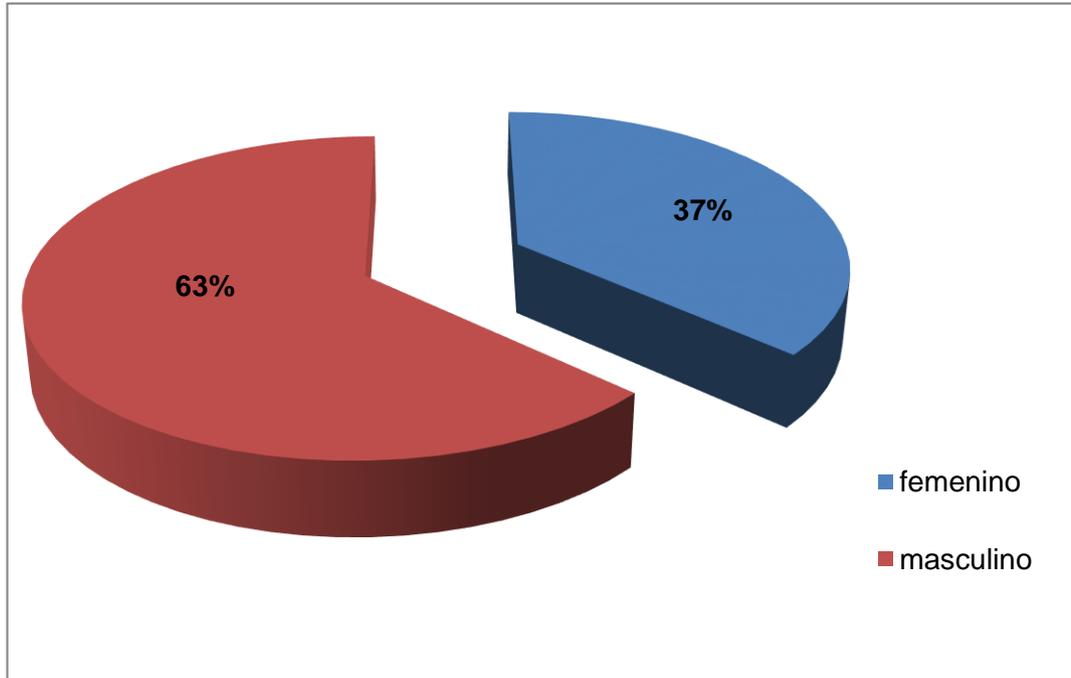
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según el gráfico N° 1 que se refiere a la edad del paciente pediátrico, prevalece el 50% que corresponde a la edad de 10 a 12 años, y con el 10% oscilan de 6 a 7 años que es la minoría.

2. Según el sexo del niño / niña con discapacidad motora.

Gráfico N° 2



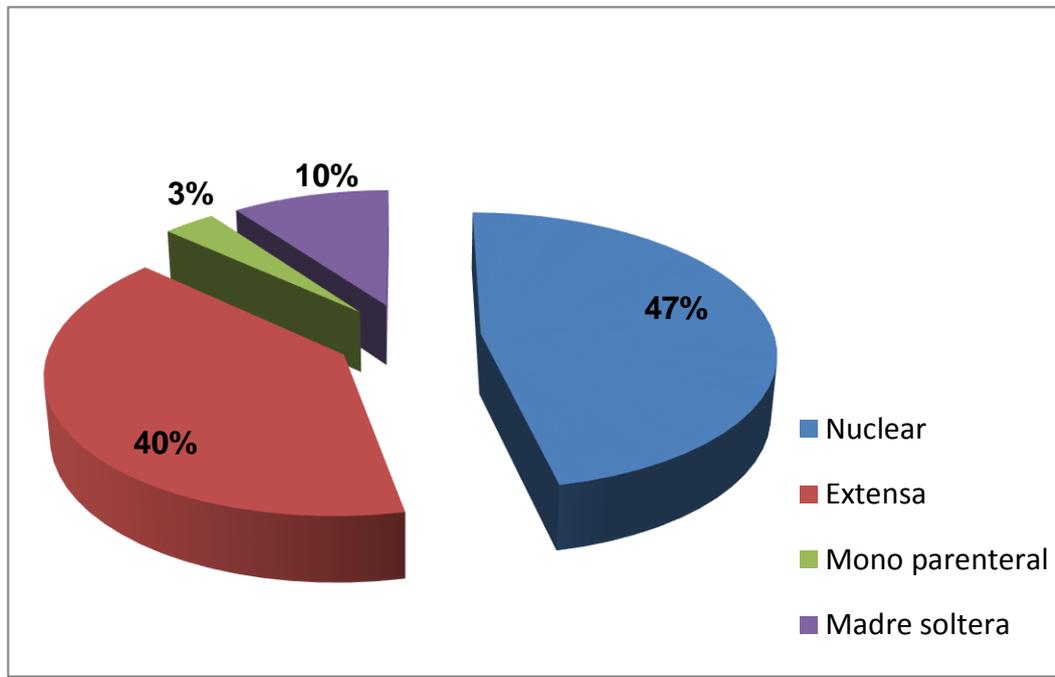
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según el gráfico N° 2 de la encuesta realizada a 30 cuidadores hay una mayor incidencia de discapacidad con el 63% de sexo masculino y el 37% de sexo femenino representado en este gráfico.

3. Según el tipo de familia del niño / niña con discapacidad motora.

Gráfico N° 3



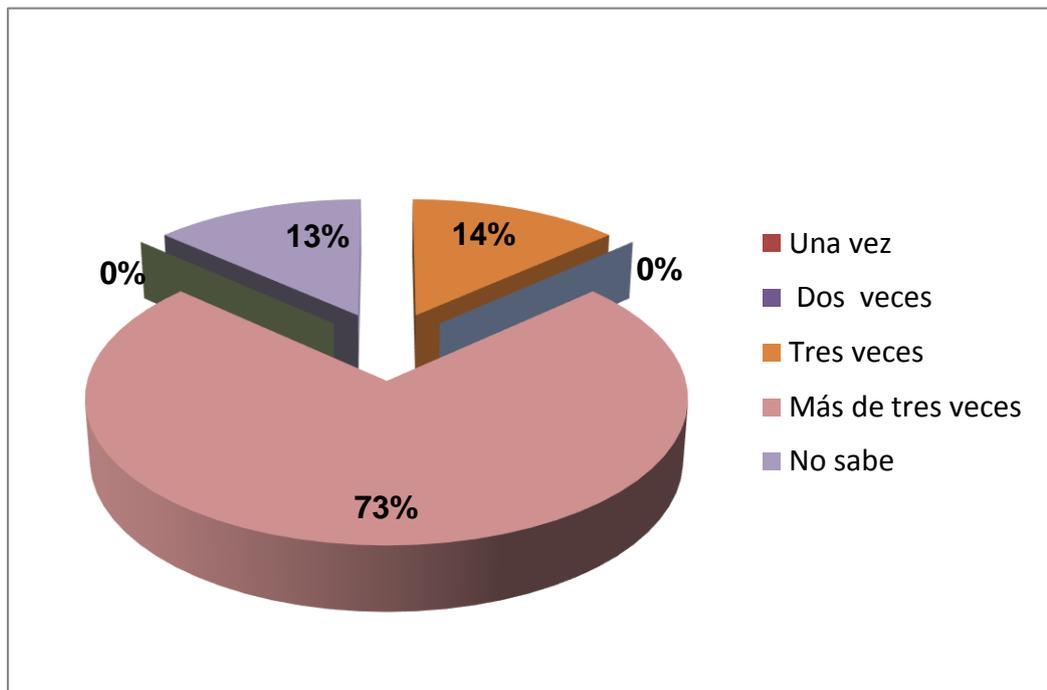
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Como se observa en el gráfico N° 3 que representa el tipo de familia se puede interpretar que el 47% de 30 encuestados son de tipo nuclear y con una minoría del 10% son madres solteras. Pues es necesario saber el tipo de familia que pertenece el escolar, pues de esto dependerá el cumplimiento de los cuidados que necesita en el hogar.

4. Según el conocimiento del cuidador sobre el número de veces que se alimenta el escolar.

Grafico N° 4



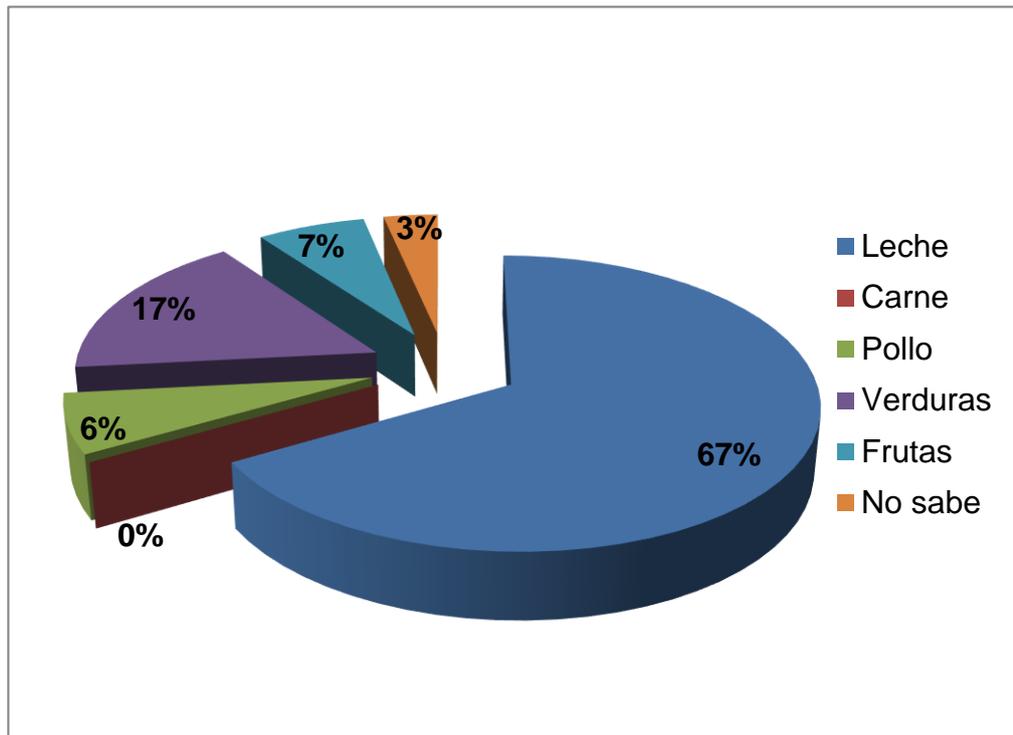
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según el gráfico N° 4 en la encuesta realizada a 30 cuidadores, el 73% de los escolares se alimentan más de tres veces al día y el 13% manifiestan no saber sobre su alimentación. Es preciso que el cuidador conozca la frecuencia de alimentación del menor en la unidad.

5. Según el conocimiento del cuidador sobre los alimentos que ingiere el niño / niña discapacidad motora.

Grafico N° 5



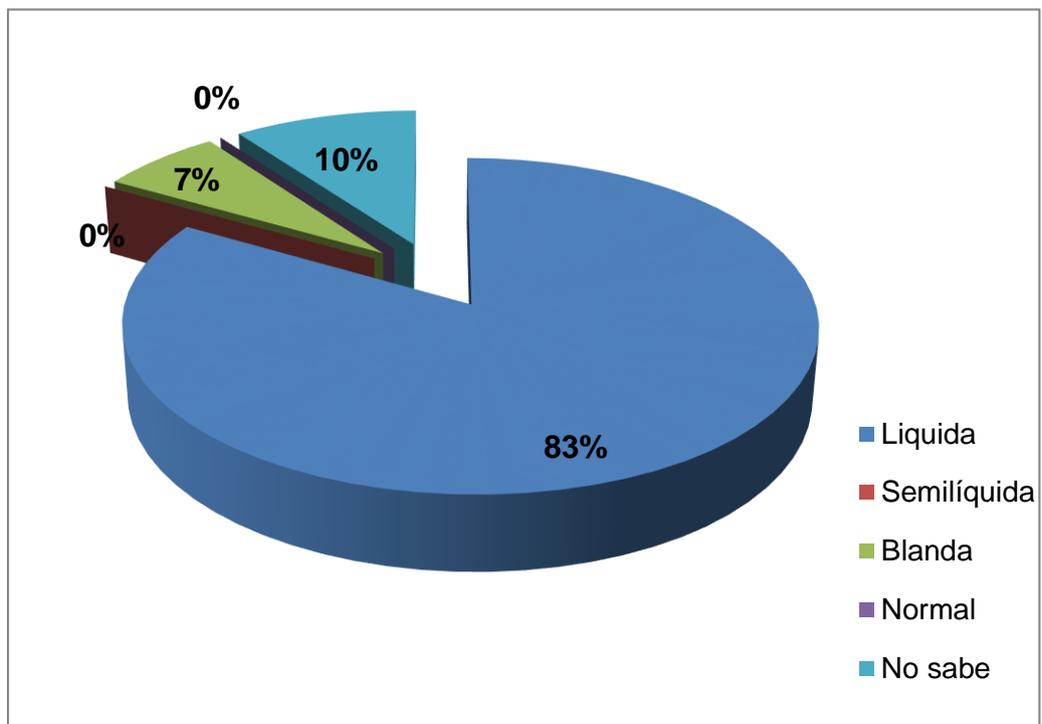
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores sobre los alimentos que ingiere el menor tenemos que el 67% se alimenta con leche y el 3% manifiestan no saber sobre su alimentación.

6. Según el conocimiento del cuidador sobre el tipo de dieta del niño / niña con discapacidad motora.

Grafico N° 6



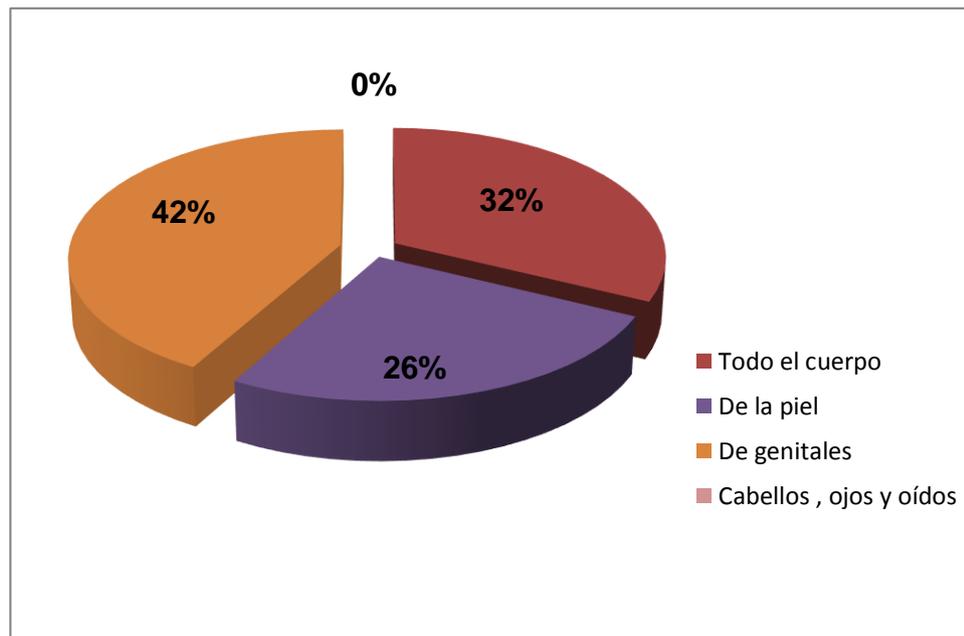
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores manifiestan que el 83% de los menores su alimentación es dieta líquida y el 7% que es dieta blanda. Pero hay un 10% que refiere no saber del tipo de dieta.

7. Según el conocimiento del cuidador sobre la higiene que mantiene el niño / niña con discapacidad motora.

Grafico N° 7



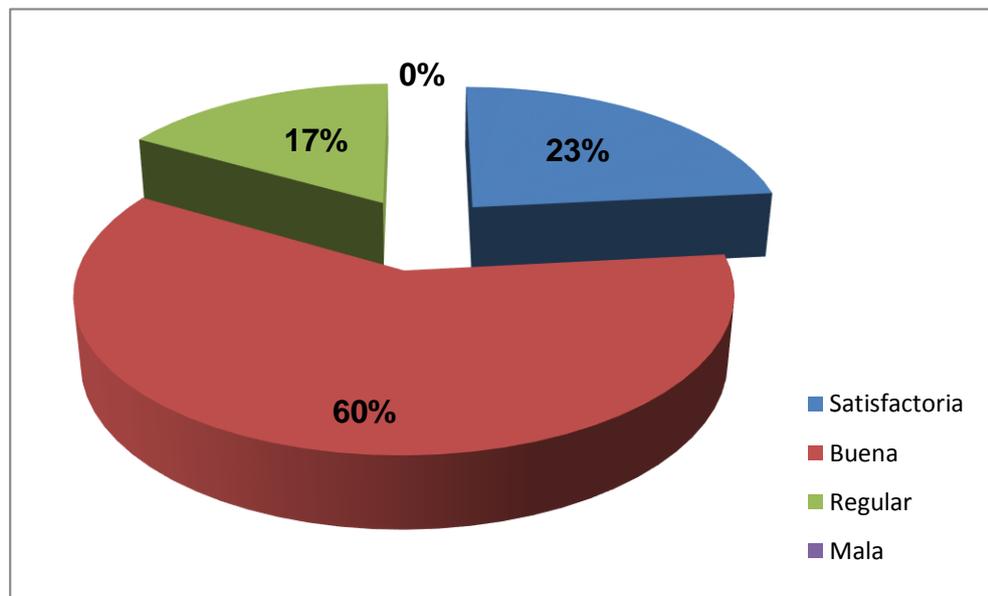
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según resultados del gráfico # 7 realizada a 30 cuidadores indican que el 42% de los menores reciben solo higiene de los genitales, el 26% relatan higiene de todo el cuerpo y el 26% expresan higiene de la piel.

8. Según el conocimiento del cuidador sobre la evolución de salud del escolar con discapacidad motora en la unidad.

Grafico N° 8



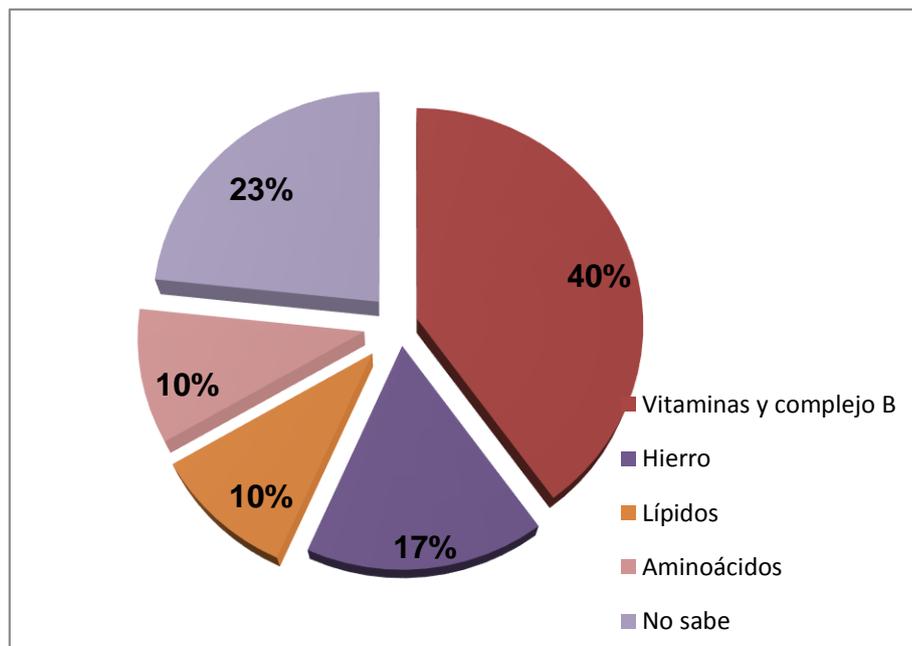
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e interpretación

Como podemos observar en el Grafico N° 8 la apreciación de salud que tiene el cuidador sobre el paciente pediátrico la que prevalece con el 60% es Buena y el 17 % manifiestan que es Regular que es la minoría.

9. Según el conocimiento del cuidador sobre los nutrientes que recibe el escolar con discapacidad motora en la unidad.

Grafico N° 9



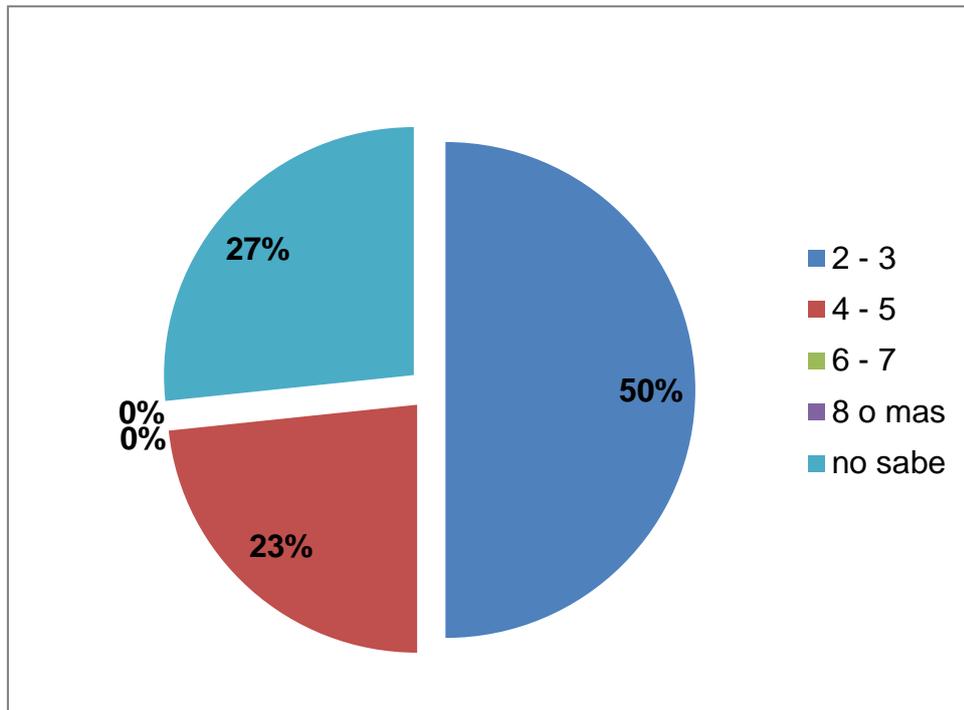
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e interpretación

Se observa que el gráfico N° 9 que se refiere a los nutrientes que se administra al paciente pediátrico el 40 % de los encuestados (30 cuidadores) manifiestan que son vitaminas y complejo B y el 10% que es la minoría informa que son lípidos y aminoácidos. Pero hay un 23 % indican no saber.

10. Según el conocimiento del cuidador sobre las necesidades fisiológicas del escolar con discapacidad motora.

Gráfico N° 10



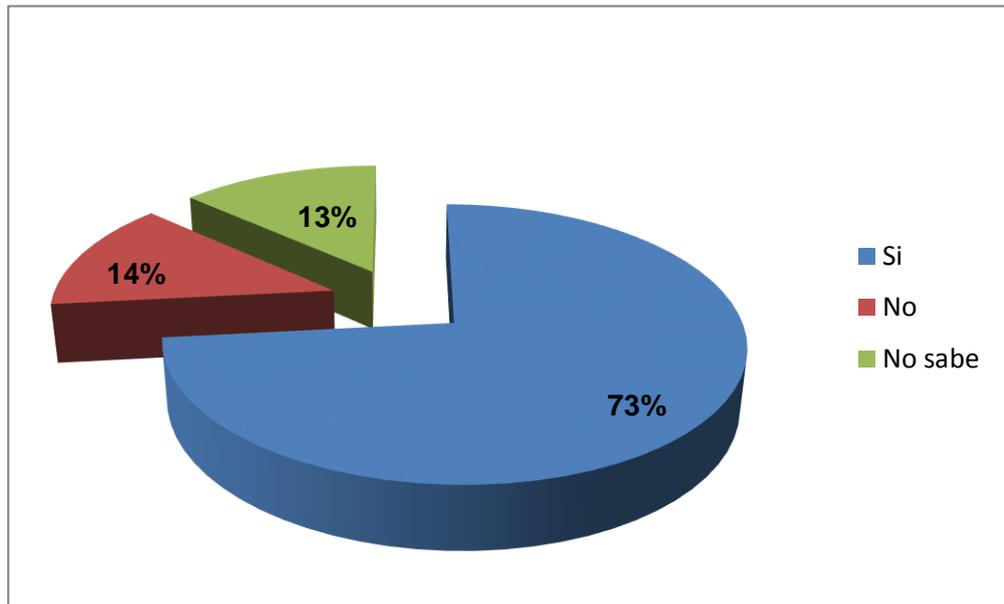
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 10 que el 50% de los encuestados (30) señalan que realiza sus deposiciones 2-3 veces al día; y el 23% aproximadamente de 4-5 veces al día. Pero el 27% comunica no saber.

11. Según el conocimiento del cuidador si realiza ejercicios el escolar con discapacidad motora en la unidad.

Grafico N° 11



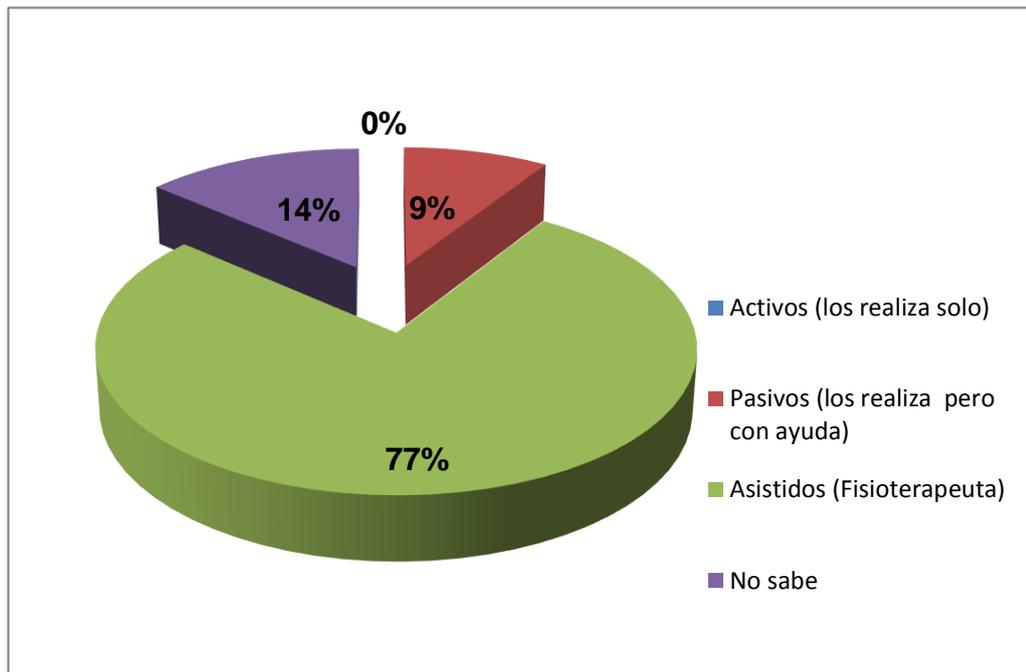
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según la encuesta realizada a 30 cuidadores la mayoría señala que el 73% de los pacientes pediátricos realiza ejercicios; y el 13% señala no saber que es la minoría.

12. Según el conocimiento del cuidador sobre el tipo de ejercicio que realiza el escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 12



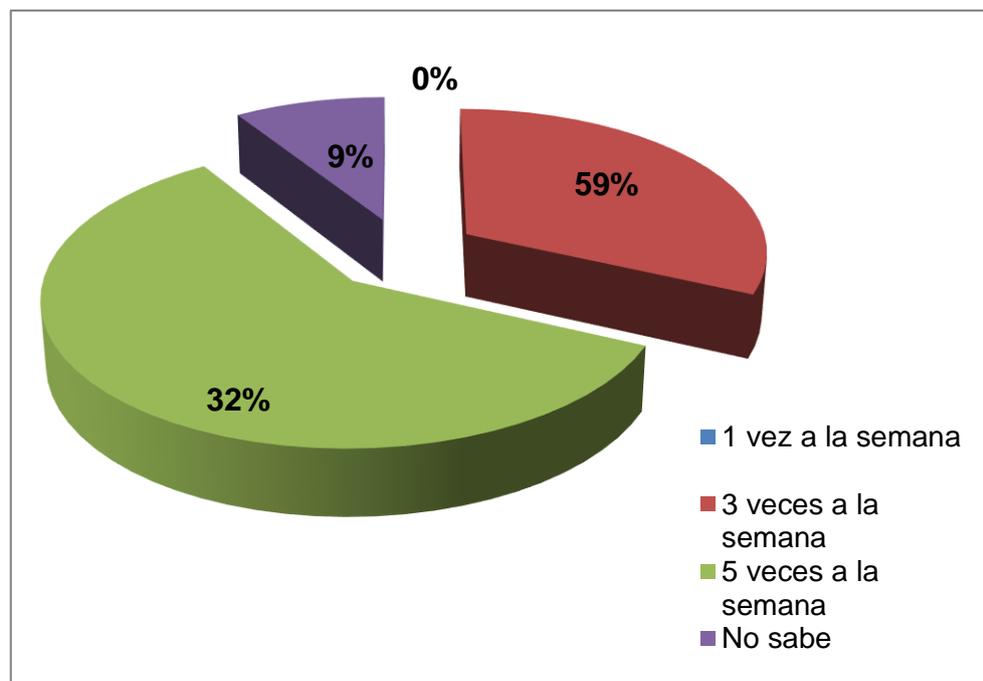
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 12 que se refiere al tipo de ejercicio que realiza prepondera el 77% que son asistidos por fisioterapeutas y el 14% informa no saber sobre este tipo de ejercicios.

13. Según conocimiento del cuidador de cuántas veces a la semana realiza ejercicios el escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 13



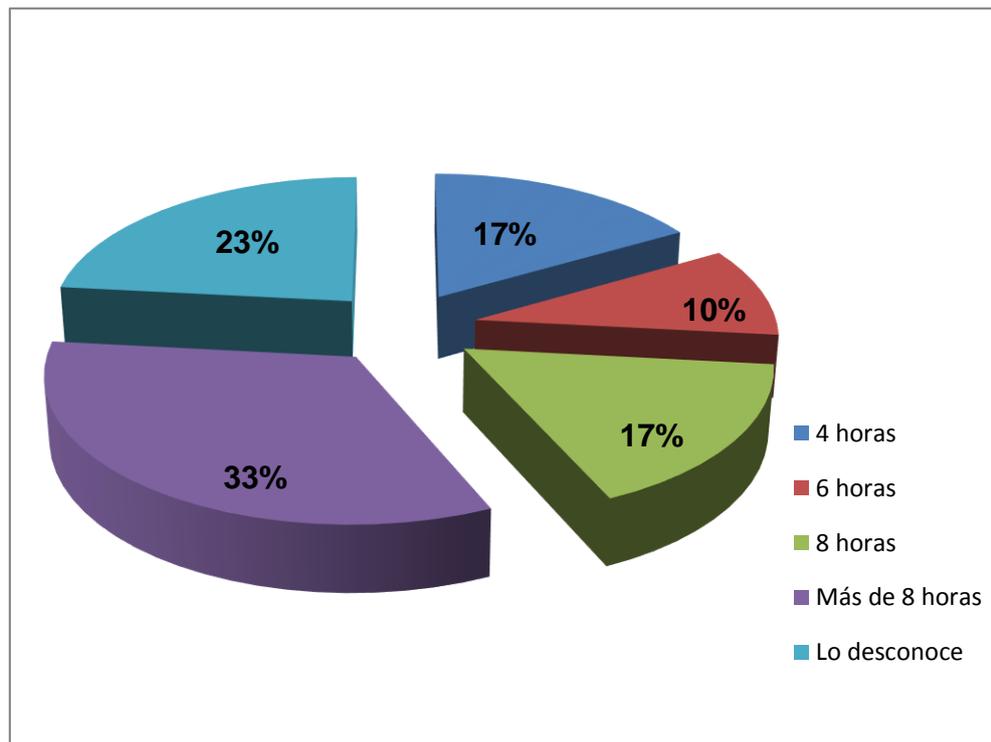
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores sobre el número de veces que realizan ejercicios a la semana relatan que el 59% realiza 3 veces a la semana; y con el 9% indica 9% de cuidadores indican no saber.

14. Según el conocimiento del cuidador sobre horas de sueño que mantiene el escolar con discapacidad motora

Grafico N° 14



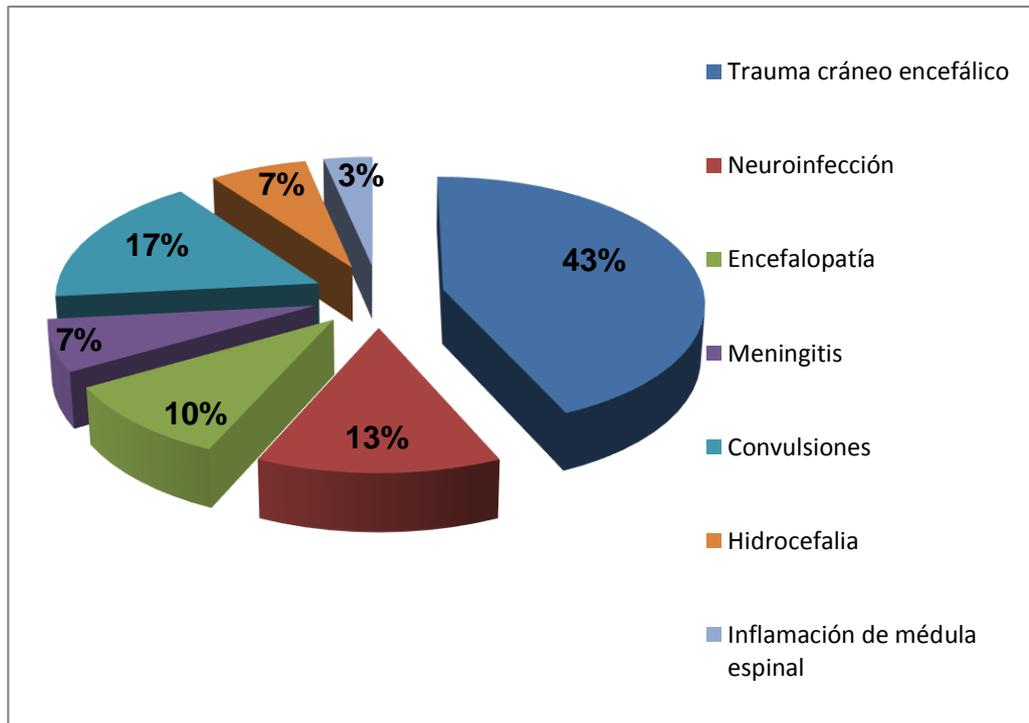
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores sobre las horas de sueño el 33% indican que duermen más de 8 horas al día, sin embargo hay una minoría del 10% informan que duermen 6 horas al día.

15. Según el conocimiento del cuidador sobre el diagnóstico médico que tiene el escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 15



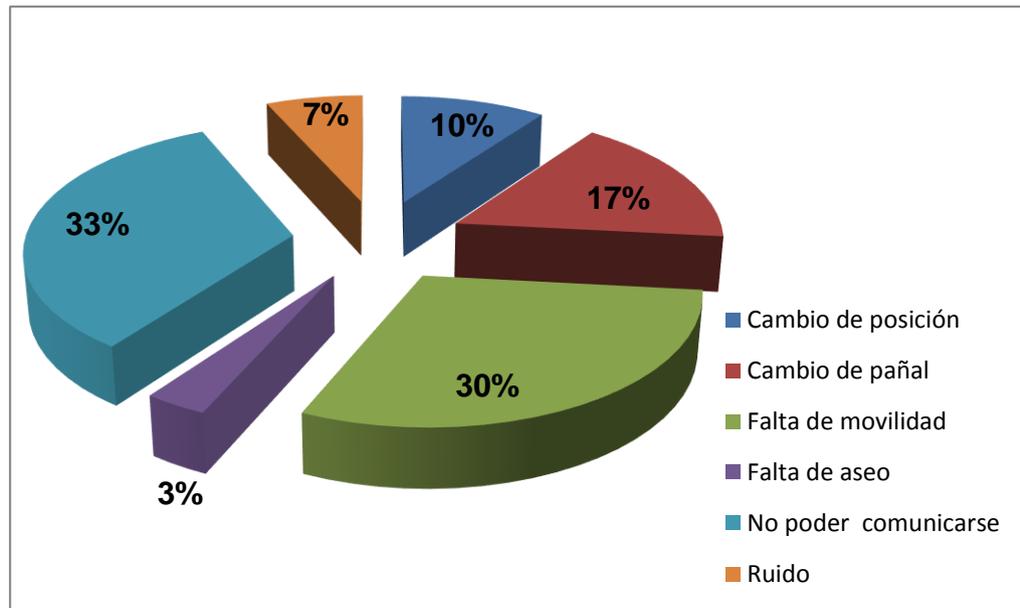
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

En el gráfico N° 15 que representa sobre la enfermedad del paciente pediátrico se observa que el 43% de los encuestados (30) refieren estar por un trauma cráneo encefálico siendo este de mayor incidencia, y el 3% informa por inflamación de médula espinal.

16. Según el conocimiento del cuidador sobre qué origina el estrés del escolar con discapacidad motora en la unidad.

Grafico N° 16



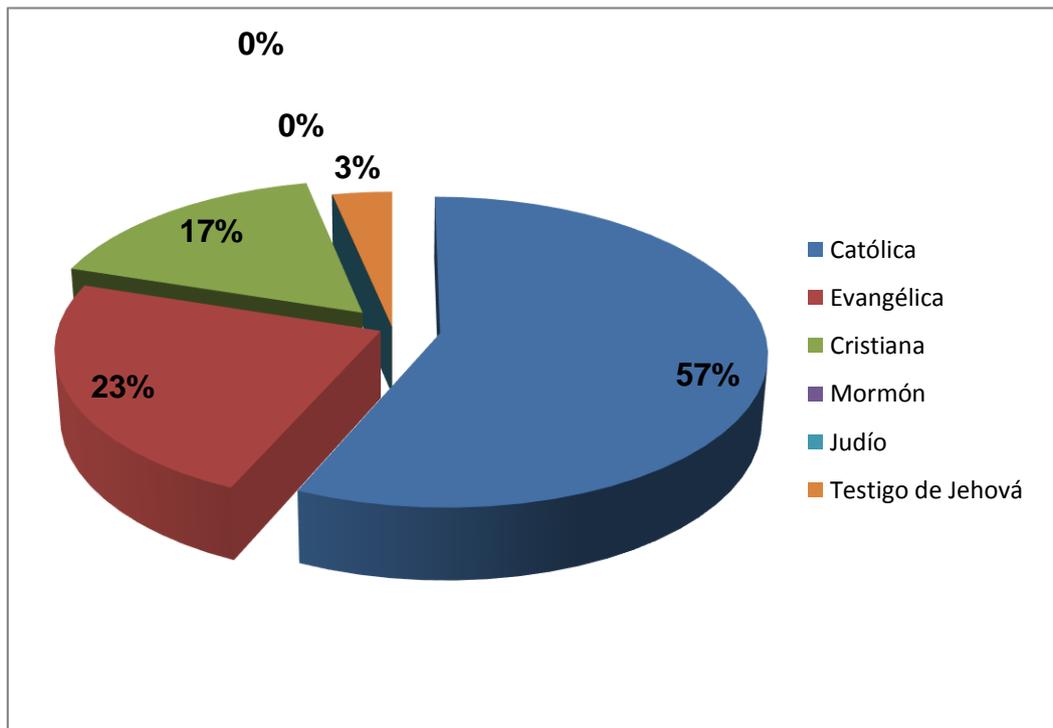
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según la encuesta realizada a 30 cuidadores la causa de estrés del paciente pediátrico manifiestan que el 33% es no poder comunicarse, otros del causante de estrés con el 3% es por falta de aseo que es una minoría.

17. Según la religión que profesa el cuidador del escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 17



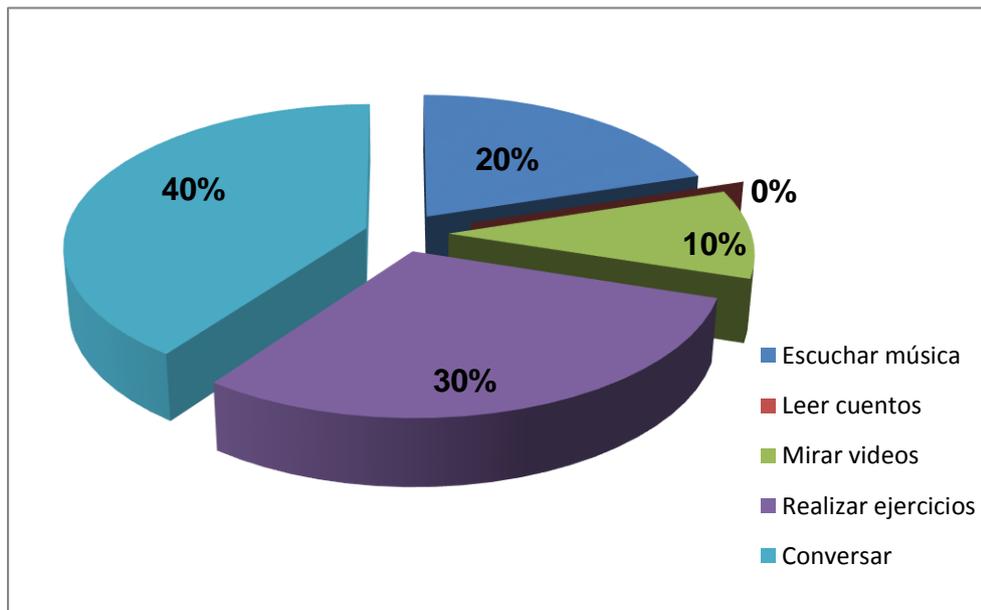
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según grafico N° 17 realizada a 30 cuidadores que refiere a la religión que profesa sobresale con el 57% ser de religión Católica y en su minoría con el 3 % son Testigos de Jehová.

18. Según el conocimiento del cuidador sobre la actividad que realiza para disminuir la ansiedad del escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 18



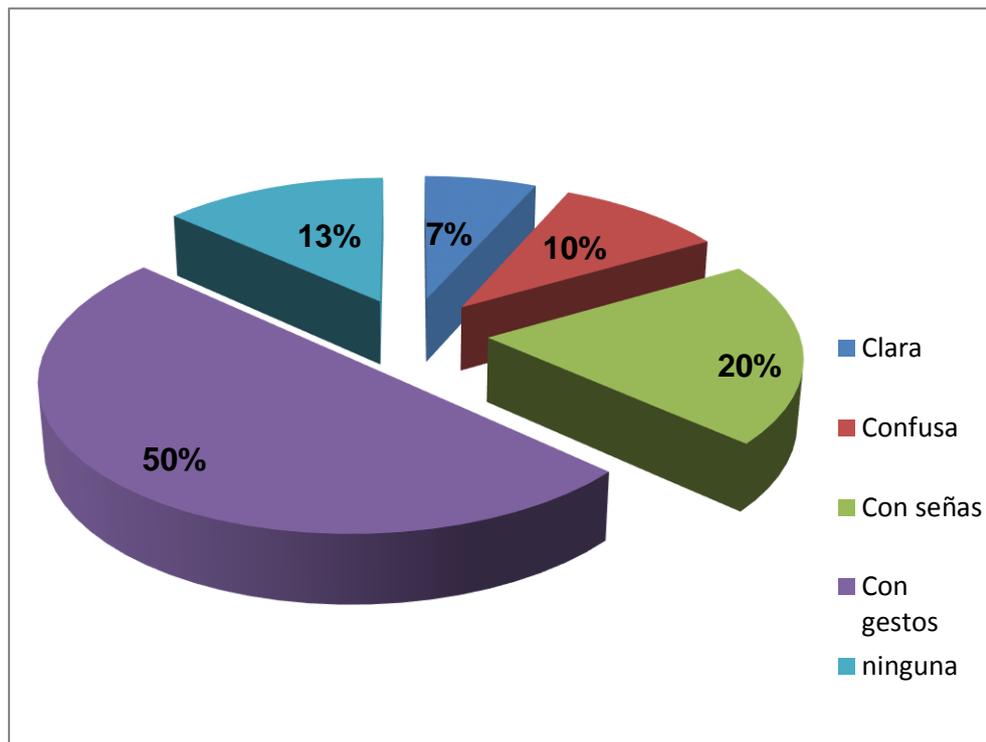
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

En encuesta realizada a los cuidadores se observa que la actividad que realizan para disminuir la ansiedad del paciente pediátrico con el 40% es conversar, y el 10% expresan mirar videos.

19. Según el conocimiento del cuidador sobre la comunicación del escolar con discapacidad motora.

Gráfico N° 19



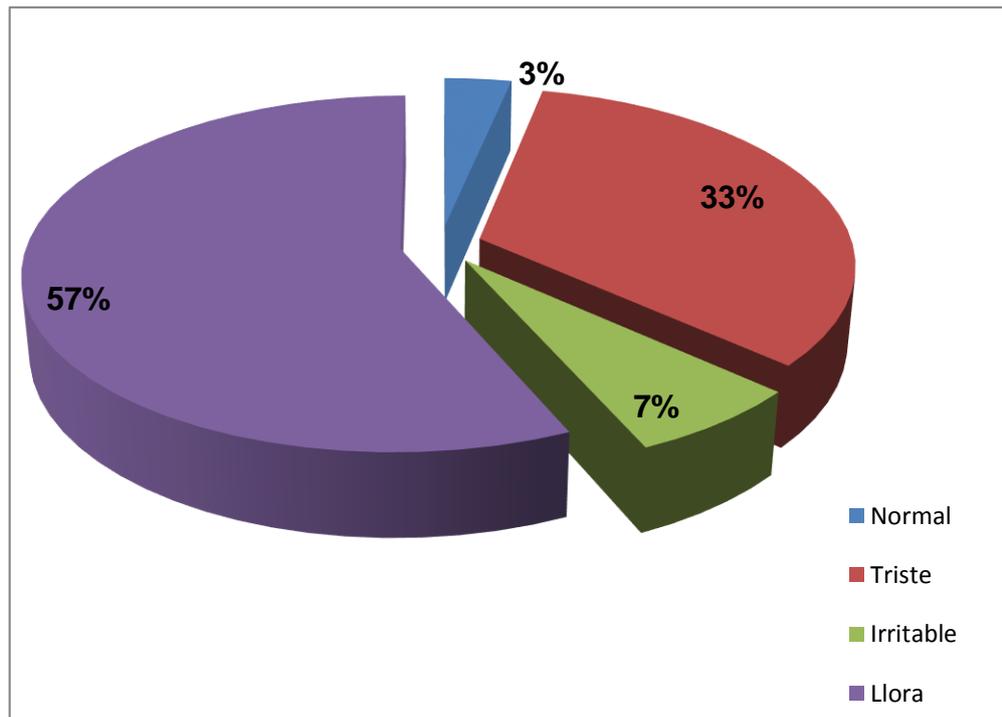
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores sobre la comunicación del paciente pediátrico con el 50% expresa tenerla por medio de gestos; no obstante 7% informa tenerla de forma clara.

20. Según el conocimiento del cuidador sobre cómo se manifiesta el escolar con discapacidad motora cuando queda solo en la unidad.

Gráfico N° 20



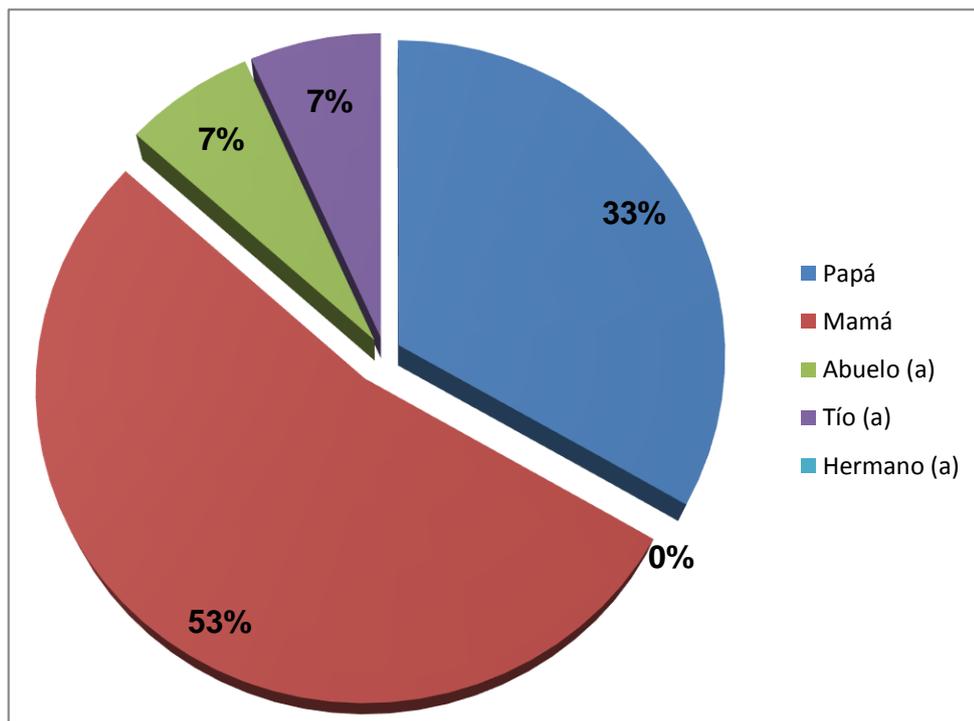
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 20 realizada a 30 cuidadores en lo referente al momento que el paciente pediátrico queda solo el 57% manifiesta que presenta llanto y un grupo minoritario del 3% dice estar normal.

21. Según el parentesco del cuidador con el escolar con discapacidad motora.

Gráfico N° 21



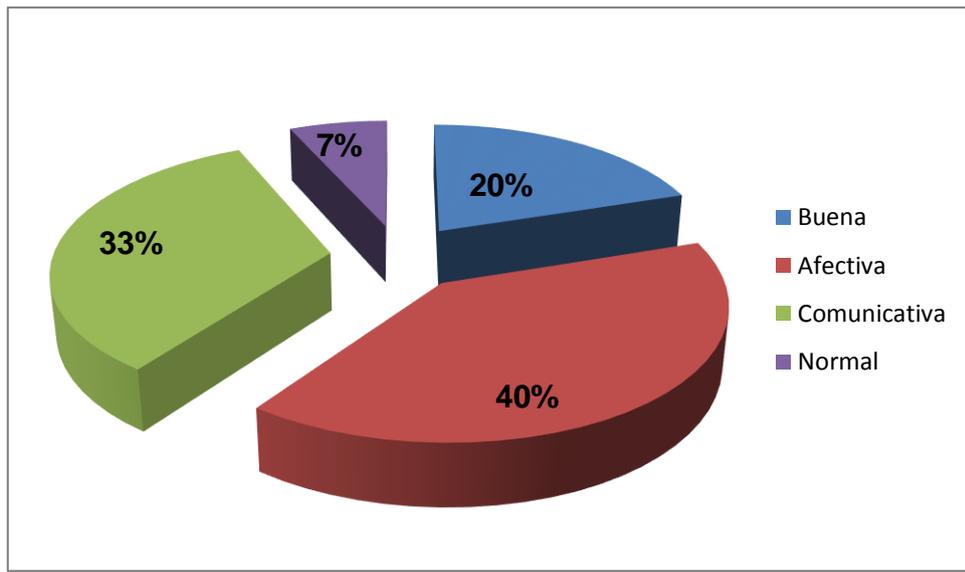
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 21 se identifica que la persona que hace mayormente el rol de cuidador con el 53% es la mamá, el 33% es el papá; y en su minoría con el 7% el abuelo y tío.

22. Según la relación que mantiene el cuidador con el escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 22



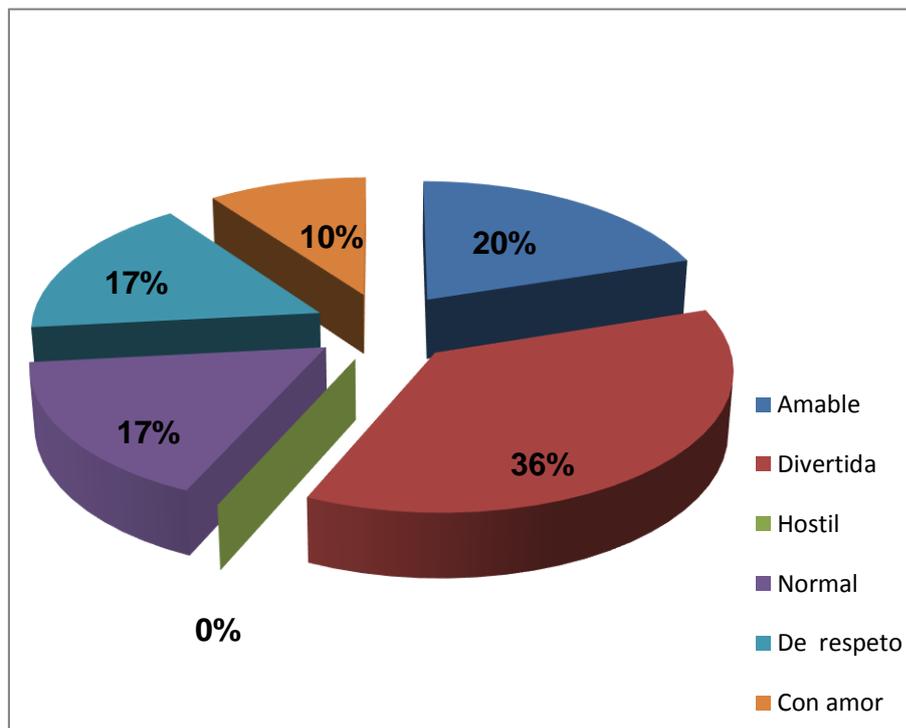
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según encuesta realizada a 30 cuidadores observa manifiesta que el 40% su comunicación es afectiva, no obstante un grupo minoritario del 7% informa ser normal.

23. Según la comunicación del cuidador con el escolar en su entorno familiar.

Grafico N° 23



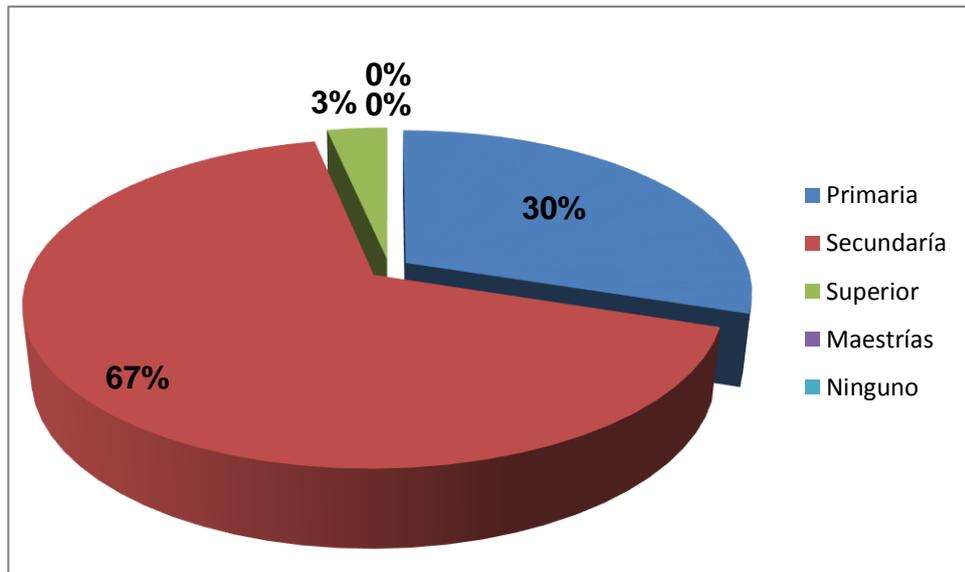
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 23 que se refiere sobre la comunicación con el paciente pediátrico el 36% de los encuestados (30) refiere ser divertida, no obstante el 10% revela que es con amor.

24. Según nivel de estudio que obtiene el cuidador del escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 24



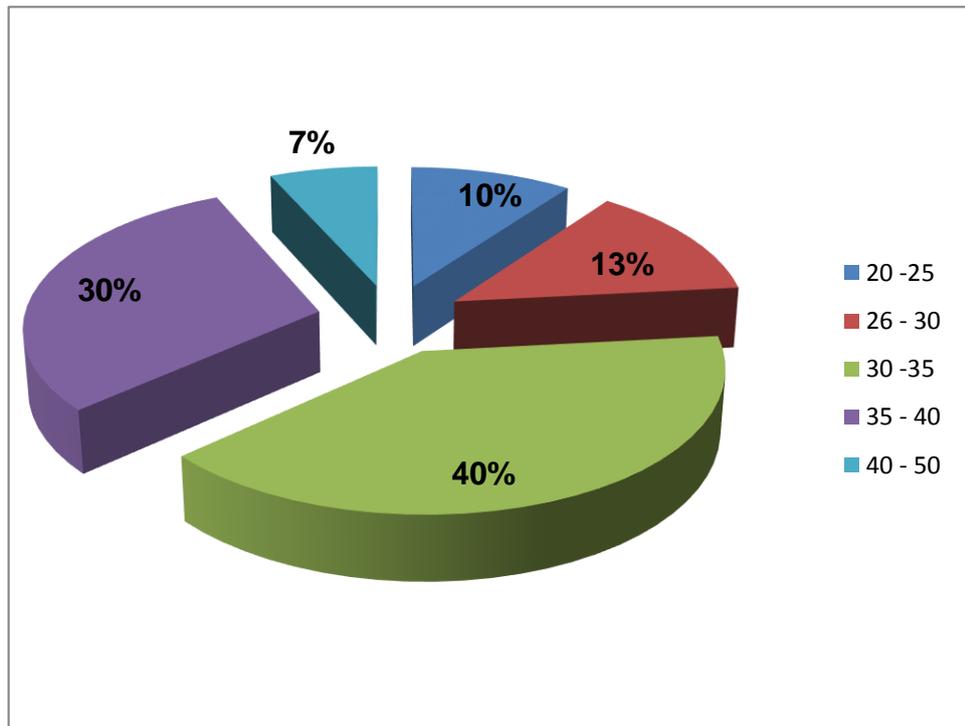
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se puede interpretar de los 30 encuestados; en su mayoría los cuidadores con el 67% terminaron la secundaria; mientras que 30% solo llegaron a la terminar la primaria; y con el 3% indican haber tenido un título superior.

25. Según edad del cuidador del escolar con discapacidad motora.

Grafico N° 25



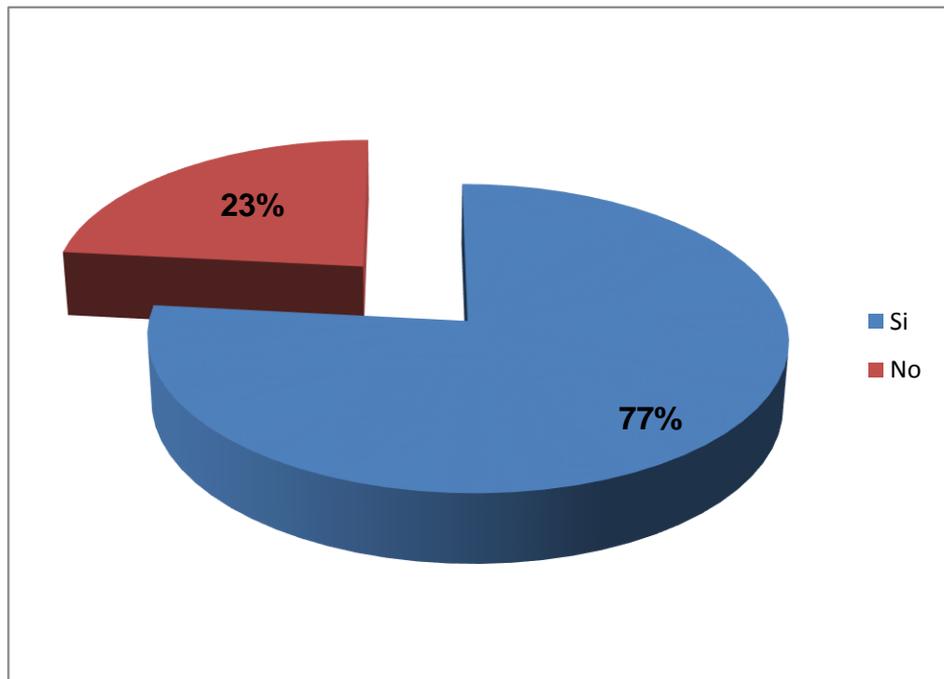
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa que el mayor porcentaje de la edad de los cuidadores que es 40% poseen entre 30 a 35 años de edad, mientras el 7% fluctúan entre 40 a 50 años de edad.

26. Según el cuidado que requiere el escolar con discapacidad motora en el hogar.

Grafico N° 26



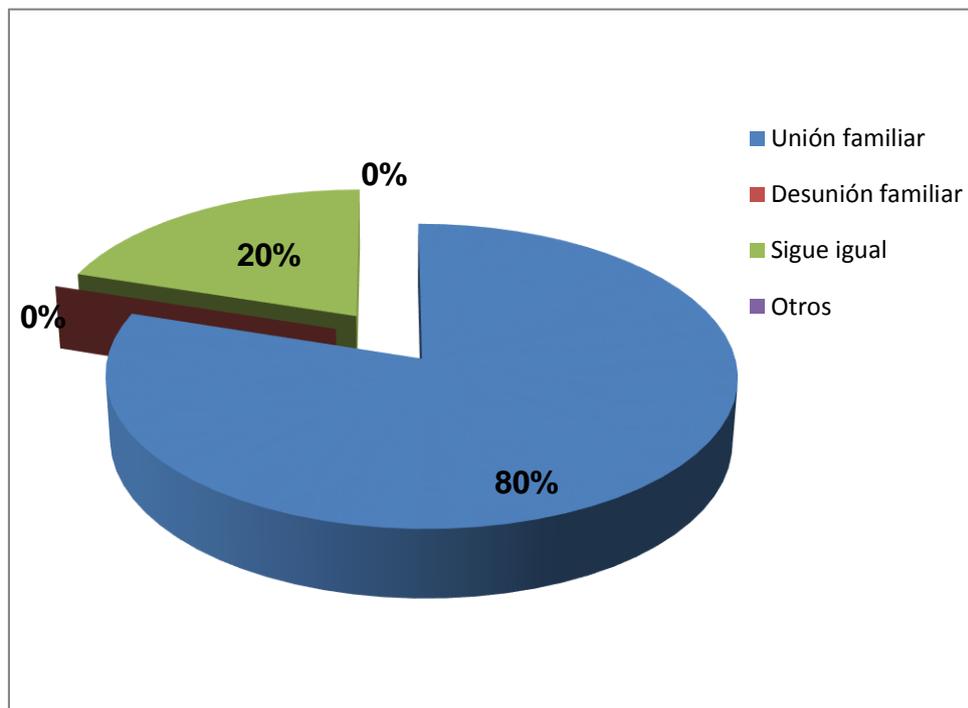
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el grafico N° 26 referente al cuidado del paciente pediátrico en el hogar, el 77% de los cuidadores manifiestan si conocer de las actividades; pero el 23% indican desconocer de los cuidados que se requiere en el hogar.

27. Según el efecto que ha conllevado la discapacidad del escolar en la familia.

Grafico N° 27



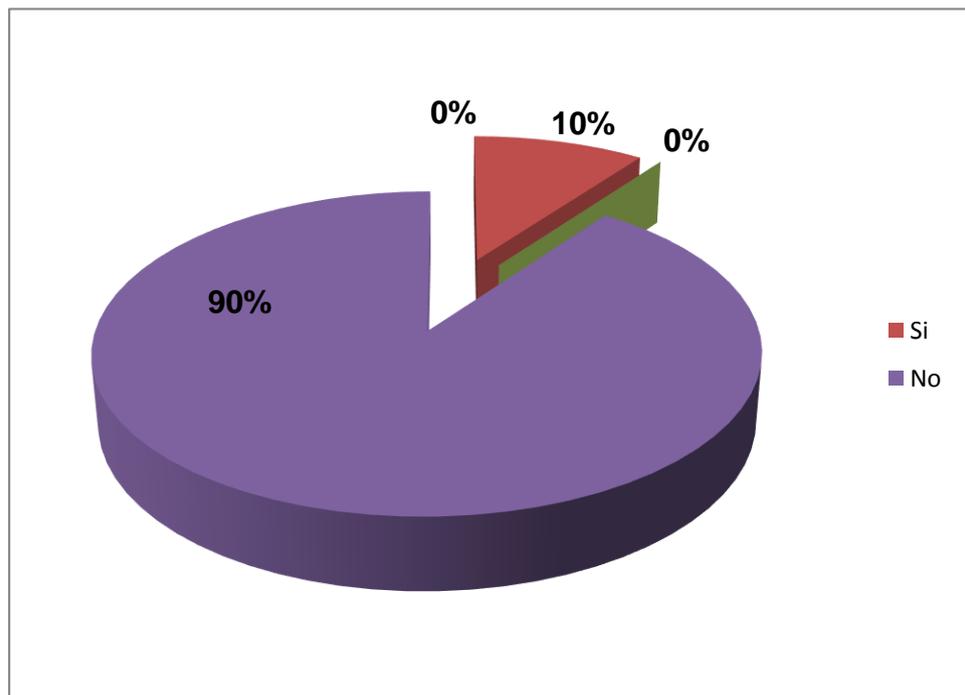
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se observa en el gráfico N° 27 referente de como afectado la discapacidad del paciente pediátrico en la familia el 80% ha causado unión en la familia; y el 20 % manifiesta que sigue igual.

28. Según la dificultad del cuidador en la atención y cuidado del escolar con discapacidad motora en el hogar.

Grafico N° 28



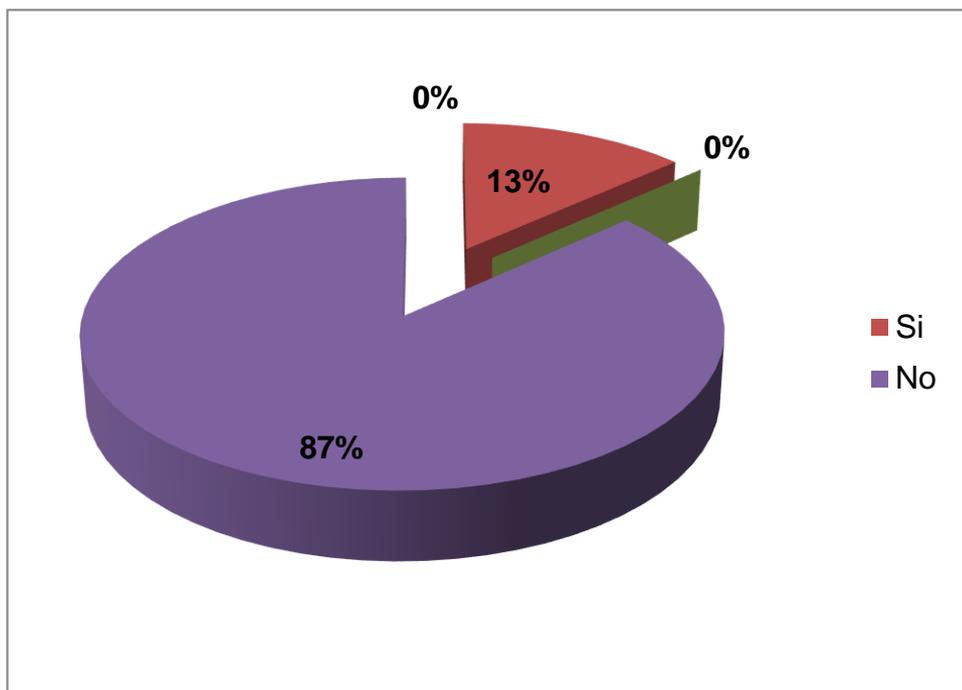
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según la encuesta realizada a 30 cuidadores sobre el desarrollo y cuidado del paciente pediátrico en el hogar indica que el 90% no va a tener ningún problema; no obstante el 10% manifiesta que si va a tener dificultad para el cuidado en el hogar.

29. Según apoyo económico del cuidador en el cuidado del escolar con discapacidad motora en el hogar.

Grafico N° 29



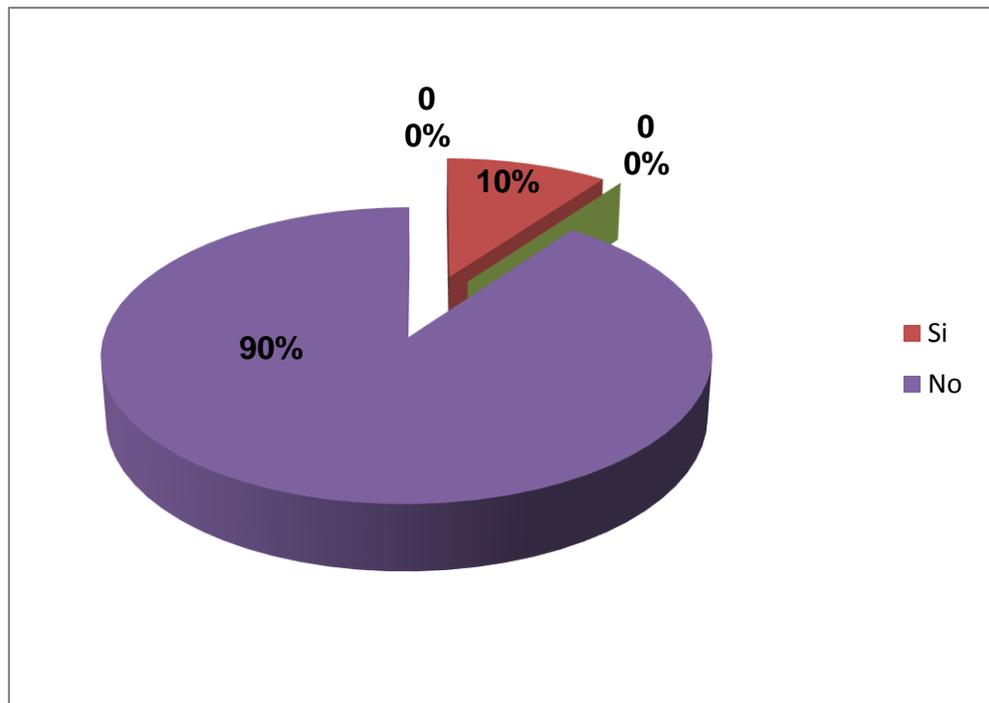
Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Se puede interpretar en el grafico N° 29 sobre los recursos económicos para el cuidado del paciente pediátrico el 87% de los encuestados (30) manifiestan no contar con los suficientes recursos para solventar los gastos; mientras el 10% indican si tener esos recursos.

30. Según de cómo influirá la discapacidad motora del escolar en la sociedad.

Grafico N° 30



Fuente: Encuesta aplicada a los cuidadores
Elaborado por Mariela Gallegos

Análisis e Interpretación

Según se observa en el gráfico N° 30 referente de cómo influirá la discapacidad del paciente pediátrico en la sociedad el 90% de los encuestados (30) refieren que no afectará y el 10% restante informa que si afectará su discapacidad por no estar en las mismas condiciones que un niño normal.

3.3 CONCLUSIONES

En la vigilancia que tiene el niño de 6 a 12 años con discapacidad motora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, se identificó que la persona que realiza la mayoría de las veces el rol de cuidador es de sexo femenino, generalmente es la madre del paciente pediátrico, que oscila entre las edades de 30 a 45 años, que puede llegar a un déficit en el cuidado; ya que la discapacidad demanda muchos cuidados especiales.

Se determinó que el cuidador del paciente pediátrico en su nivel académico la mayor parte de ellos ha terminado hasta la primaria, otros la secundaria y esto influye en el cuidado que se requiere; pues puede existir una inadecuada atención hacia el niño con discapacidad y sobre todo los recursos económicos para solventar los gastos en la asistencia de la salud.

Otro de los puntos que se determinó fue el conocimiento que tiene el cuidador hacia el paciente pediátrico en la unidad de cuidados intensivos, con la finalidad de conocer si estaban al tanto de las actividades que realizaba enfermería y se encontró que muchos de los cuidadores desconocían de los cuidados, la alimentación que tenían, los nutrientes que eran administrados, daba a notar la falta de conocimiento y esto resulta una acción de enfermería necesaria en la aplicación de un plan de cuidados para que mejore la calidad de vida del infante.

3.4 RECOMENDACIONES

Luego de conocer el registro del tipo de vigilancia familiar, características y el nivel de conocimiento que recibe el paciente pediátrico con discapacidad motora ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde, me permito realizar los siguientes.

Se recomienda al personal de enfermería la aplicación o la elaboración de una guía sobre Plan de Cuidado Post alta dirigido al cuidador, esto permitirá mantener un vínculo o nexo entre el cuidador y del paciente pediátrico, brindando actividades que ayuden a mejorar paulatinamente la condición física y una adecuada rehabilitación. Contribuyendo así mejorar el estilo de vida del objeto de estudio.

La aplicación de la guía beneficiará al infante ya que va existir una continuidad del régimen terapéutico y actividades de cuidado que el menor amerita, dando una atención personalizada, mejorando su bienestar, desarrollo brindando al cuidador logrando mejorar el estilo de vida y desarrollo y calidad de vida.

3.5 BIBLIOGRAFIA

(s.f.73).

España Red Vida Saludable. (2013). *Recuperado*. Obtenido de <http://salud.11665.com/es/salud/201307/64936.html>

Hospital Nacional Hipólito Unanue. (2013). *Manual de Bioseguridad*.

(2001-2004). *Recomendaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta*.

El Universo. (31 de agosto de Agosto de 2011). Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2011/09/01/1/1355/guayaquil-2291158-habitantes.html>

Telegrafo. (13 de Julio de 2011). Obtenido de <http://www.telegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/item/guayas-es-la-provincia-mas-poblada-del-pais-con-3-573003.html>

Recuperado. (3 de Julio de 2012). Obtenido de <http://laninezintermedia.blogspot.com/2012/07/ninezintermedia-6-11-ninos.html>

Recuperado. (2012). Obtenido de <http://discapacidadeuts.wordpress.com/de-interes/discapacidad-vs-incapacidad/#>

Recuperado. (2013). Obtenido de NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN EL MUNDO: <http://www.bimunbajio.com/handbooks/UNICEFD.pdf>

Children's Specialized Hospita. (2014). Obtenido de Mapa del sitio | Política de privacidad | Contáctenos

(2004). Metodo científico. En R. Andrade Cepeda, & M. d. Chavez Alonso, *Manual del proceso de Cuidado de Enfermería* (pág. 15). Trillas.

Bach, V. M. (2012). Relación de las normas de bioseguridad y riesgos laborales en el personal técnico en enfermería. *Universidad Alas Peruanas*.

Baez, L. C. (2010). Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.

Baltimore., M. G. (1996.). *Infection Control*.

Barbieri, D. P. (1995). Bioseguridad En Quirófano. *REV ARG. ANEST*.

bioseguridad-nati-omar.blogspot.com. (2009).

bioseguridad-nati-omar.blogspot.com. (2009). Principios-basicos-de-bioseguridad.

- Bossano, D. (2005). Manual para el manejo de desechos Hospitalarios. *Fundacion Natura*.
- Campoy Cervera, I. (2013). *Recuperado*. Obtenido de La situación de los niños y las niñas con discapacidad en España:
http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONENCIAS,/UNICEF.%20LA%20SITUACION%20DE%20LOS%20NIOS%20Y%20NIAS%20CON%20DISCAPACIDAD%20EN%20ESPA%20A.pdf
- Cano Restrepo, B. C. (2008). Rehabilitación Basada en la Comunidad. En F. Salinas Durán, L. H. Lugo Agudelo, & R. Restrepo Arbeláez, *Rehabilitación en Salud* (pág. 14). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Castaño, C. L. (Agosto de 2008). <http://lorenacalderoncastano.blogspot.com/>.
- CDC, 4. E. (s.f.). Bioseguridad en Laboratorios de Microbiología y Biomedicina. *Centro de control y Prevencion de Enfermedades*.
- Centro de control y prevencion de Enfermedades. (s.f.). *Bioseguridad en laboratorios de microbiologia y biomedicina 4 edicion*.
- Cesalud. (05 de 2011). infeccioneshospi-cesalud.blogspot.com/definicion-caracteristicas-tipos.
- Clinica de Maternidad Rafael Calvo. (2009). Ajustes Manual de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.
- Codigo de la Adolescencia y la Niñez. (2009). *Recuperado*. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/codigo_Ninez_adolescencia_reformas_2009.pdf
- Codigo de la Niñez y Adolescencia. (2009). *Recuperado*. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/codigo_Ninez_adolescencia_reformas_2009.pdf
- Codigo de la Niñez y la Adolescencia. (2009). *Recuperado*. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/codigo_Ninez_adolescencia_reformas_2009.pdf
- CONADIS. (Mayo de 2013). *Recuperado*. Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf
- CONADIS ECUADOR - Ley Sobre las Discapacidades. (06 de Agosto de 2008). *Recuperado*. Obtenido de <https://dredf.org/international/Ecuador2.pdf>
- CONADIS ECUADOR- Ley sobre las Discapacidades. (06 de Agosto de 2008). *Recuperado*. Obtenido de <https://dredf.org/international/Ecuador2.pdf>

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). *Recuperado*.
Obtenido de <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>
- Cormar, E. (2010). *www.buenastareas.com/Definicion de desinfeccion*.
- Cosio, V. M. (2012). Tecnicas de limpieza. *Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias*.
- Del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. (2006). Modelos y titulos en enfermería. En *ATS/DUE* (pág. 19). Sevilla: Mad, S.L.
- DGEE. (s.f.). *Recuperado*. Obtenido de Dirección General de Educación Especial:
<http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>
- Discapacidad Online. (2010). *Recuperado*. Obtenido de
<http://www.discapacidadonline.com/ecuatorianos-discapacidad-severa-bono-2011.html>
- Discapnet. (Noviembre de 2010). *Recuperado*. Obtenido de
http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx
- Dr. Juarez, J. (2010). Antisepticos y desinfectantes de uso Hospitalario. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Peru*.
- Dr. Merlo, O. (2009). Normas de higiene hospitalaria.
- Dr. Mercado, L. F. (2012). Manual de organizacion de Funciones.
- Dra. E. Damián, L. .. (Septiembre 2003.). Manual de Procedimientos para la detección de infecciones intrahospitalarias.
- Educacion de calidad. (2012). *Recuperado*. Obtenido de
<http://educaciondecalidad.ec/constitucion-educacion.html>
- Epidemiológica, C. d. (:2003). Manual de normas y Procedimientos de Bioseguridad .
- Federación Nacionales de y para la Discapacidad del Ecuador. (s.f.). *Recuperado*. Obtenido de
http://www.discapacidadesecuador.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=82
- fpsanidad.es. (s.f.). Infecciones.
- Gallegos Lalangui , M. (2014). Ecuador.
- Gallegos Lalangui, M. (2014). Ecuador.
- Gallegos Lalangui, M. (2014). Ecuador.

- García Gonzales, M. d. (2004). *Proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Herdenson*. Mexico, D.F: Progreso, S.A. de C.V.
- García, Y. (03 de Agosto de 2010). *Ciudadania Informa*. Obtenido de http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/ir_a/lista-guayas/article//mision-manuela-espejo-llega-a-guayaquil-el-proximo-12-de-agosto.html
- GARZON, J., & PINZON, N. M. (2011). Aislamiento Hospitalario.
- Gutiérrez, E. L. (2005). Estudio sobre la exposición accidental a material biológico en trabajadores de la salud en un hospital universitario.
- Gutierrez, G. (Febrero de 2013). *Recuperado*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria>
- Heinicke-Motsch, K. (2006). *Recuperado*. Obtenido de <http://www.kawsay.org/contenido.aspx?Mid=2&Sid=9>
- Hernandez, O. (2012). lineamientos de la Bioseguridad.
- (2005). Teoría del entorno de Nightingale. En M. Hill, *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y prácticas* (pág. 41). Madrid: INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Hospital occidente de Kenedy-secretaria de salud de Bogota. (2011). Manejo cuidadoso de elementos cortopunzantes .
- <http://nigari.blogspot.com/>. -hablemosdesaludocupacional.blogspot.com/. *normas-universales-de-bioseguridad.html*.
- <http://www.icbf.gov.co>. (2008). /transparencia/derechobienestar. /*resolucion/ica/resolucion_ica_3283_I*.
- Ilustre consejo General de colegio de odontologos y estomatologos de España. (2009). Guia de Bioseguridad Microbiologica en odontologia.
- infeccioneshospi-cesalud.blogspot.com/2011/05/definicion-caracteristicas. (s.f.).
- Kozier, B. (2005). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y practicas*. Madrid: McGraw - Hill/Interamericana de España.
- Ledesma, M. (2006). *Fundamentos de Enfermería*. Mexico: Limusa, S.A. de C.V. grupo Noriega.
- (2004). Proceso salud enfermedad. En M. d. Ledesma, *Fundamentos de Enfermería* (pág. 46). Mexico: Limusa, S.A. de C. V Grupo Noriega.

- Ley Organica de la Salud*. (s.f.). Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LeyOrganicadeSalud.pdf>
- Lic.Lostanau, & Lic.Coello, A. M. (2011). Bioseguridad Hospitalaria. *programa de capacitacion continua clinica Ricardo Palma*.
- Lic.Uribe, C. (s.f.). *bioseguridad en sala de reanimacion*. Obtenido de <http://www.reeme.arizona.edu/>.
- Lluch Canut, M., & Roldan Merino, J. F. (2007). *Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Lluch, M. (2000). Consideraciones Psico-sociales Básicas. En G. Novel Martí, M. T. Lluch Canut, & M. D. Miguel López de Vergara, *Enfermería Psicosocial y Salud Mental* (pág. 3). Barcelona: ELSEVIER MASSON.
- LOBUE P. Adelina, S. M. (s.f.). MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS. *Gobierno de Mendoza, Ministerio de Desarrollo Social y Salud. República Argentina*.
- M.E.C. (Diciembre de 2007). *Recuperado*. Obtenido de <http://www.educacionespecial.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>
- Malagon-Hernandez. (2001). Infecciones Hospitalarias. *Editorial medica Internacional*.
- Manual de Bioseguridad - Hospital Nacional Hipólito Unanue. (2013).
- (2006). En R. P. María, *Historia de la Enfermería Aspectos relevantes desde orígenes hasta el siglo XX*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Mariela, & Gallegos Lalangui, M. (2014). Ecuador.
- Martinez, M. (Abril de 2009). <http://laboratorioclinicohn.blogspot.com>.
- Maryi. (2011). controldeinfeccionesmaryi.blogspot.com.
- Mendel-Douglas. (s.f.). Enfermedades infecciosas, principios y practicas. *editorial Panamericana*.
- MIES. (2013). *Recuperado*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Subsecretar%C3%ADa-Discapacidades1.pdf>
- Moreno Garces, L. (2013). *Recuperado*. Obtenido de http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_garces.html
- Moreno, L. (2013). *Recuperado*. Obtenido de http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/perspective_garces.html

- MSP / CNS. (Octubre de 2002). *Recuperado*. Obtenido de Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador:
<http://www.slideshare.net/jaky2011/reformas-en-salud-en-el-ecuador>
- MSP. (2011). *Manual de normas de bioseguridad Ecuador*.
- MSP. (2012). *Ley Organica del Sistema Nacional de la Salud*. Obtenido de
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEYORGANICADEL SISTEMA NACIONAL DESALUD.pdf>
- Msssi. (2008). *www.msssi.gob.es*.
- Nancy, L. M. (2012). Antisépticos y Desinfectantes. *Universidad Regional de Sureste*.
- Nanda Noc Nic. (19 de 04 de 2013). Obtenido de
<http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=c43df8eb29e504d7e047e8aba7a17cb4321be5d2>
- Nanda Noc Nic. (09 de Abril de 2013). *Resumen del Plan de Cuidados*. Obtenido de
<http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=6e041f695c50ad75e16ce71bdfd0da052fea0b90>
- Nanda Internacional . (2013). Diagnostico Enfermero Definiciones y Clasificación. En R. T. Heather Herdman. PhD. España: Elsevier.
- Nanda internacional. (2013). Diagnostico Enfermero. En R. T. Heather Herdman. PhD. España: Elsevier.
- Nanda Internacional. (2013). Diagnosticos Enfermeros. En P. R. T. heather herdman. España: Elsevier.
- NANDA INTERNACIONAL. (2013). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. En T. H. Herdman, & R. PhD. España: Elsevier.
- Nigari. (Febrero de 2011). *nigari-hablemosdesaludocupacional.blogspot.com/*.
- Nightingale, F. (2010). Teorías y Modelos de Enfermería.
- OMS - BM. (2011). *Informe Mundial Sobre La Discapacidad*.
- OMS - BM. (2011). *Informe Mundial Sobre La Discapacidad*. Ginebra.
- OMS - Unicef. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia*. Obtenido de
[http://www.unicef.org/disabilities/files/ECDD_SPANISH-FINAL_\(low_res\).pdf](http://www.unicef.org/disabilities/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf)
- OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS.

- OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Nueva York.
- OMS. (2013). *Discapacidad*.
- OMS. (2003.). Prevención de Infecciones Nosocomiales. *Guía Práctica*.
- OPS. (2007). "Infecciones Hospitalarias, legislación en Latinoamérica".
- Organización Mundial de la Salud*. (s.f.). Obtenido de
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (Enero de 2006). *Recuperado*. Obtenido de
 Fortalecimiento del Autocuidado como Estrategia de la Atención Primaria de Salud:
http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf
- Orozco, J. C. (2010). factor de Riesgo Químico.
- Ortega Mar, M. P. (2009). precauciones de aislamiento del área de urgencias. *Revista de la sociedad española de medicina de urgencias*.
- Paricahua, I. W. (s.f.). Bioseguridad en laboratorio.
- Paricahua, W. (2008). Descontaminación, limpieza y desinfección.
- Perry, P. (s.f.). fundamentos de Enfermería. *teoría y práctica*.
- Perry, P. (s.f.). fundamentos de Enfermería. *teoría y práctica*.
- Piguave, Z. J. (2013). Aplicación de las Normas de Bioseguridad a pacientes Hospitalizados. En *Aplicación de las Normas de Bioseguridad a pacientes Hospitalizados en el hospital Básico de Daule*.
- Piscoya, P. (2010). *Caden de infección*. Magrovejo.
- Podemos Asociación Civil. (s.f.). *Recuperado*. Obtenido de
<http://podemosasociacioncivil.blogspot.com/2008/11/que-significa-discapacidad.html>
- Precauciones universales para el contacto con sangre y fluidos corporales. (s.f.).
www.ramosmejia.org.ar.
- Quejereta Gonzales, M. (2004). *Discapacidad/Deendencia unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Argraf, S.A.
- (2011). Principales supuestos. En M. Raile Alligood, & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (pág. 77). Barcelona: Elsevier España, S.L.

- (2011). Teoría del entorno de Nightingale. En M. Raile, & A. Marriener Tomey, *Modelos y teorías de enfermería* (pág. 77). Barcelona - España: ELSEVIER MOSBY.
- Ramos., R. V. (1997). Riesgos profesionales del anestesiólogo y del personal de quirófano. *PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA PARA ANESTESIOLOGOS.*
- Rehabilita T Neurodesarrollo y Fisioterapia. (Diciembre de 2013). *Recuperado*. Obtenido de <http://rehabilitat.wordpress.com/2013/12/>
- Rodriguez P, O. L. (2008). *Bioseguridad y accidentes de Trabajo entre los profesionales de Enfermería del Hospital Universitario de la Fortaleza.*
- Rosell, C., Soro-Camats, E., & Basil, C. (2010). Alumno con Discapacidad Motriz. En C. Rosell, E. Soro-Camats, & C. Basil. Barcelona: GRAÓ, de IRIF, S.L.
- Salud Preventiva. (2014). www.saludpreventiva.com.
- (2006). Modelos y teorías de enfermería. En D. s. Salud, *ATS/DUE* (pág. 21). España: Mad,S.L.
- Salud, O. S. (2006). *ATS/DUE*. Sevilla: EDITORIAL MAD. S.L.
- Sarahi, A. (17 de febrero de 2012). enfermerasnosirvientas.blogspot.com.
- Scielo. (Junio de 2010). *Recuperado*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci_arttext
- Swisscontact. (Mayo 2003.). *Manual para el Manejo de Residuos Sólidos generados en Establecimientos de Salud.*
- The World Bank. (2011). *Recuperado*. Obtenido de <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20286156~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>
- (2011). Teoría del entorno de Nightingale. En M. R. Tomey, *Modelos y Teorías en Enfermería* (pág. 88). Barcelona - España: Elsevier Mosby España. S.L.
- Trindade, L., & Marcicano, L. (2010). Gestion intfral de residuos Hospitalarios.
- Unicef. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013 Niños y Niñas con Discapacidad*. Nueva York.
- Unicef. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013 Niños y Niñas con Discapacidad*. Nueva York.
- UNICEF. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013 Niños y Niñas con Discapacidad*. Nueva York.

UNICEF. (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013 Niños y Niñas con Discapacidad*. Nueva York.

Vásquez, A. (s.f.). *Recuperado*. Obtenido de http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf

Vega, L. C., & V, M. E. (2010). *Manual de Bioseguridad*.

Vicepresidencia de la Republica. (27 de Octubre de 2012). *Recuperado*. Obtenido de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/2012/10/>

Victor Soto, E. O. (2006). *conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personaL de Enfermeria, hospital Nacional Almanzor, chiclayo*.

Vidal Jalhel, B. J. (s.f.). Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública. , Uruguay. <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm>.

Villalva, j. (2010). tipos de riesgo.

ANEXOS



INTERNADO ROTACIÓN PERIODO 2013 – 2014

VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DICIEMBRE 2013 - ABRIL DEL 2014.

ENCUESTA REALIZADA AL CUIDADOR SOBRE EL ESCOLAR

OBJETIVO: Identificar por medio de una encuesta el tipo de vigilancia familiar que recibe el escolar de 6 a 12 años Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico.

INSTRUCCIONES:

- Lea determinadamente las preguntas de la encuesta
- Marque con un X la respuesta correcta
- La encuesta es de carácter confidencial, con fines de estudio.

Preguntas en relación al niño

1. ¿Qué edad tiene el niño / niña?

2. El paciente es de sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

3. ¿A qué tipo de familia pertenece el niño / niña?

- a) Nuclear b) Monoparental
- c) Extensa d) Madre soltera

4. ¿Cuántas veces al día come el niño / niña?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) más de 3

5. ¿Qué alimentos incluye en la dieta diaria del niño / niña?

- a) Verdura d) leche
- b) Carnes e) frutas
- c) Pollo no sabe

6. ¿Qué tipo de dieta tiene el niño / niña en su alimentación diaria?

- a) Líquida
- b) Semilíquida
- c) Blanda
- d) Normal
- e) No sabe

7. ¿Qué higiene mantiene el niño / niña en la unidad?

- a) Bucal
- b) De la piel
- c) De manos y uñas
- d) De cabello
- e) De genitales
- f) De ojos, oídos

8. ¿Cómo es la evolución de salud del niño en la unidad?

- a) Satisfactoria
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

9. ¿Conoce Ud. qué nutrientes recibe el niño / niña en la unidad?:

- a) Vitaminas y Complejo B
- b) Hierro
- c) Lípidos
- d) Aminoácidos
- No sabe

10. ¿Cuántas veces al día realiza las deposiciones el niño / niña?

- a) 2 – 3
- b) 4 – 5
- c) 6 -7
- d) 8 o más
- No sabe

11. El niño / niña realiza algún tipo de ejercicio en la unidad

- a) Si
- b) No
- c) Lo desconoce

12. Si la respuesta anterior es si ¿Qué tipo de ejercicio realiza el niño?

- a) Activos (los realiza solo)
- b) Pasivos (los realiza con ayuda)
- c) Asistidos (fisioterapeuta)
- d) No sabe

13. ¿Cuántas veces a la semana realiza los ejercicios?

- a) 1 vez a la semana
- b) 3 veces a la semana
- c) 5 veces a la semana
- d) No sabe

14. ¿Cuántas horas al día duerme el niño?

- a) 4 horas
- b) 6 horas
- c) 8 horas
- d) Más de ocho horas

15. ¿Qué diagnóstico médico tiene el niño / niña?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a) Encefalopatía | <input type="checkbox"/> | d) meningitis | <input type="checkbox"/> |
| b) Trauma cráneo cefálico | <input type="checkbox"/> | e) Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> |
| c) Convulsiones | <input type="checkbox"/> | f) otros _____ | |

16. ¿Conoce Ud. qué origina el estrés en el niño / niña en la unidad?

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| a) Cambios de posición | <input type="checkbox"/> | d) falta de aseo | <input type="checkbox"/> |
| b) Cambios de pañales | <input type="checkbox"/> | e) no poder comunicarse | |
| c) falta de movilidad | <input type="checkbox"/> | f) otro _____ | |

17. ¿Qué religión profesa los cuidadores del niño / niña?

- | | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| a) Católica | <input type="checkbox"/> | d) Mormón | <input type="checkbox"/> |
| b) Evangélica | <input type="checkbox"/> | e) Judío | <input type="checkbox"/> |
| c) Cristiana | <input type="checkbox"/> | f) otro _____ | |

18. ¿Qué actividad realiza con el niño / niña para disminuir la ansiedad?

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Escucha música | <input type="checkbox"/> | d) realiza ejercicios | <input type="checkbox"/> |
| b) Lee cuentos | <input type="checkbox"/> | e) conversa | <input type="checkbox"/> |
| c) Mira videos | <input type="checkbox"/> | otros _____ | |

19. La comunicación del niño / niña es:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| a) Clara | <input type="checkbox"/> | d) Señas | <input type="checkbox"/> |
| b) Confusa | <input type="checkbox"/> | e) Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| c) Gestos Faciales | | | |

20. Cuando el niño / niña queda solo en la unidad se manifiesta:

- | | | | |
|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| a) Normal | <input type="checkbox"/> | c) Lloro | <input type="checkbox"/> |
| b) Triste | <input type="checkbox"/> | c) otros _____ | |



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

INTERNADO ROTACIÓN PERIODO 2013 – 2014

VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE”
DICIEMBRE 2013 - ABRIL DEL 2014.

ENCUESTA REALIZADA AL CUIDADOR

OBJETIVO: Conocer el nivel de conocimiento del cuidador.

INSTRUCCIONES:

- Lea determinadamente las preguntas de la encuesta
- Marque con un X la respuesta correcta
- La encuesta es de carácter confidencial, con fines de estudio.

Preguntas en relación al cuidador

1. ¿Qué parentesco tiene Ud. con el niño / niña en la UCIP?

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| a) Papá | <input type="checkbox"/> | d) tío (a) | <input type="checkbox"/> |
| b) Mamá | <input type="checkbox"/> | e) hermano (a) | <input type="checkbox"/> |
| c) Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> | otros _____ | |

2. ¿Cómo es la relación que tiene Ud. con el niño / niña?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| a) Afectiva | <input type="checkbox"/> | c) Normal | <input type="checkbox"/> |
| b) Comunicativa | <input type="checkbox"/> | otros _____ | |

3. La comunicación con el niño / niña en su entorno familiar es:

- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| a) Amable | <input type="checkbox"/> | d) normal | <input type="checkbox"/> |
| b) Divertido | <input type="checkbox"/> | e) con respeto | <input type="checkbox"/> |
| c) Hostil | <input type="checkbox"/> | otro _____ | |

4. ¿Hasta qué nivel de estudio obtuvo?

- | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| a) Primaria | <input type="checkbox"/> | d) maestrías | <input type="checkbox"/> |
| b) Secundaria | <input type="checkbox"/> | e) ninguno | <input type="checkbox"/> |
| c) Superior | <input type="checkbox"/> | otros _____ | |

5. ¿Qué edad tiene Ud.?

6. ¿Conoce Ud. los cuidados que se debe tener con el niño / niña en el hogar?

- a) Si
- a) No

7. ¿Cómo ha influido la enfermedad del niño/ / niña en la familia?

- a) Hay más unión
- b) Problemas
- c) Normal
- Otros _____

8. ¿Cree Ud. Tener alguna dificultad en la atención y cuidado del niño / niña en el hogar?

- a) Si
- b) No

9. ¿Cuenta Ud. con un apoyo económico para el cuidado del niño / niña en el hogar?

- a) Si
- b) No

10. ¿Cree Ud. que afectará la discapacidad del niño / niña en la sociedad?

- a) Si
- b) No



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

INTERNADO ROTACIÓN PERIODO 2013 – 2014

VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”. DICIEMBRE 2013 - ABRIL DEL 2014



UNIVERSIDAD CATOLICA



DE SANTIAGO DE

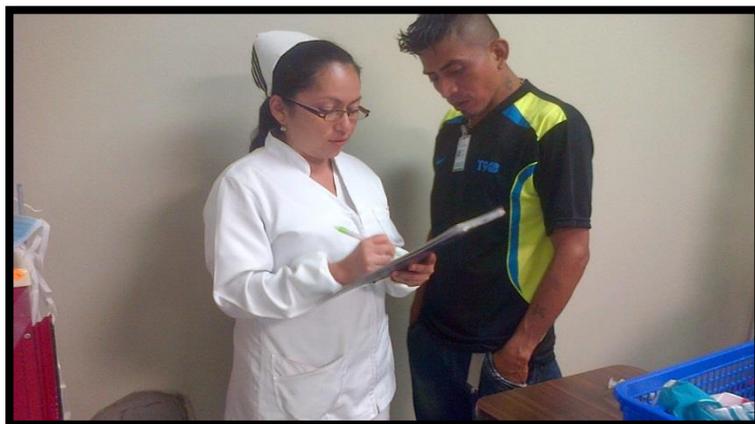
GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

INTERNADO ROTACIÓN PERIODO 2013 – 2014

VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”. DICIEMBRE 2013 - ABRIL DEL 2014



PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Recursos Humanos

- Estudiante
- Tutor de Tesis
- Familiares de escolares con discapacidad motora Del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.

Recursos Financieros

Cantidad	Materiales	Valor Unitario	Total
5	Lápices	0.40	2.00
3	Borradores	0.33	1.00
2	Resmas de papel	5.00	10.00
5	Carpetas	0.80	4.00
5	Plumas	0.40	2.00
2	Pen drive	8.00	16.00
500	Copias	0.03	15.00
300	Impresiones B/N	0.10	30.00
90	Impresiones Color	0.25	22.50
3	Encuadernado	2.00	6.00
	Transporte		100.00
3	Empastado		30.00
	Gatos varios		100.00
	TOTAL DE GASTOS		338.50

VIGILANCIA FAMILIAR En EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL “DR ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DICIEMBRE 2013 - ABRIL DEL 2014.

Tabla N° 2 Plan de cuidado: Gestión ineficaz del régimen terapéutico

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Gestión ineficaz del régimen terapéutico</p> <p>R/c Complejidad del régimen terapéutico</p> <p>M/p Actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos de salud</p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>Indicador Actividad prescrita</p> <p>Escala 2: Conocimiento escaso</p> <p>Indicador Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p> <p>Escala 3: Conocimiento moderado</p>	<p><u>Apoyo a la familia</u> <u>Apoyo al cuidador principal</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine el nivel de conocimiento del cuidador • Enseñe técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente • Enseñe a la familia los planes médicos y de cuidados. • Proporcione al cuidador y la familia los conocimientos necesarios sobre los cuidados del paciente posteriores al alta. 	<p>Cuidador y familia mejora conocimiento terapéutico</p>

(Nanda Noc Nic, 2013)

Tabla N° 3 Plan de cuidado: Deterioro de la movilidad física

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Deterioro de la movilidad física R/c Deterioro musculo esquelético</p> <p>M/p Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas</p>	<p>Autocuidados: Actividad de la vida diaria</p> <p>Indicador Higiene</p> <p>Escala 1: Gravemente comprometido</p> <p>Indicador Cambia posición solo</p> <p>Escala 3: Gravemente comprometido</p>	<p><u>Cuidado de paciente encamado</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque al paciente sobre un colcho terapéutico adecuado. • Gire al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas. • Vigile el estado de la piel. • Ayude con las actividades diarias • Ayude con las medidas de higiene. 	<p>Cuidador aplica las actividades necesarias para el bienestar del paciente</p>

(NANDA INTERNACIONAL, 2013)

Tabla N° 4 Plan de cuidado: Déficit de autocuidado: vestido

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Déficit de autocuidado: vestido</p> <p>R/c Discapacidad Motora</p> <p>M/p Deterioro – músculo esquelético</p>	<p>Autocuidados: vestir</p> <p>Indicador Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p>Escala 1: Gravemente comprometido</p> <p>Indicador Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</p> <p>Escala 1: gravemente comprometido</p>	<p><u>Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere la edad del paciente a las actividades de autocuidado • Coloque prendas cómodas y limpias • Peine al menor de manera que no lo incomode. • Reafirme los esfuerzos para vestirse así mismo 	<p>Familiares aplican medidas de confort al paciente</p>

(Nanda Internacional , 2013)

Tabla N° 5 Plan de cuidado: Déficit de autocuidado /alimentación

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Déficit de autocuidado: alimentación</p> <p>R/c Discapacidad Motora</p> <p>M/p Incapacidad para utilizar sistemas de ayuda</p>	<p>Autocuidados: comer</p> <p>Indicador Mastica la comida</p> <p>Escala 2: Sustancialmente comprometido</p> <p>Indicador Deglute la comida</p> <p>Escala 2: Sustancialmente comprometido</p>	<p><u>Ayuda con los autocuidados: alimentación</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle la capacidad de deglutir del menor. • Identifique la dieta prescrita por el médico • Cree un ambiente agradable durante la comida • Asegure la posición adecuada del menor para facilitar la masticación y la deglución • Proporcione un sorbete para beber si procede. 	<p>Familiar aplica las medidas de alimentación que favorece al paciente.</p>

(Nanda internacional, 2013)

Tabla N° 6 Plan de cuidado: Déficit de autocuidado: baño

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Déficit de autocuidado: baño</p> <p>R/c Discapacidad Motora</p> <p>M/p Incapacidad para lavarse el cuerpo</p>	<p>Autocuidados: baño /higiene</p> <p>Indicador Se lava la parte superior del cuerpo Escala 1: Gravemente comprometido</p> <p>Indicador Se lava la parte inferior del cuerpo Escala 1: Gravemente comprometido</p>	<p><u>Ayuda con los autocuidados: baño / higiene</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine la cantidad y tipo de ayuda que necesita. • Realice el baño con el agua a una temperatura agradable • Utilice técnicas divertidas con el niño en el baño • Ayude con el cuidado perianal. • Inspeccione el estado de la piel durante el baño 	<p>Familiar las medidas de cuidado para su higiene personal</p>

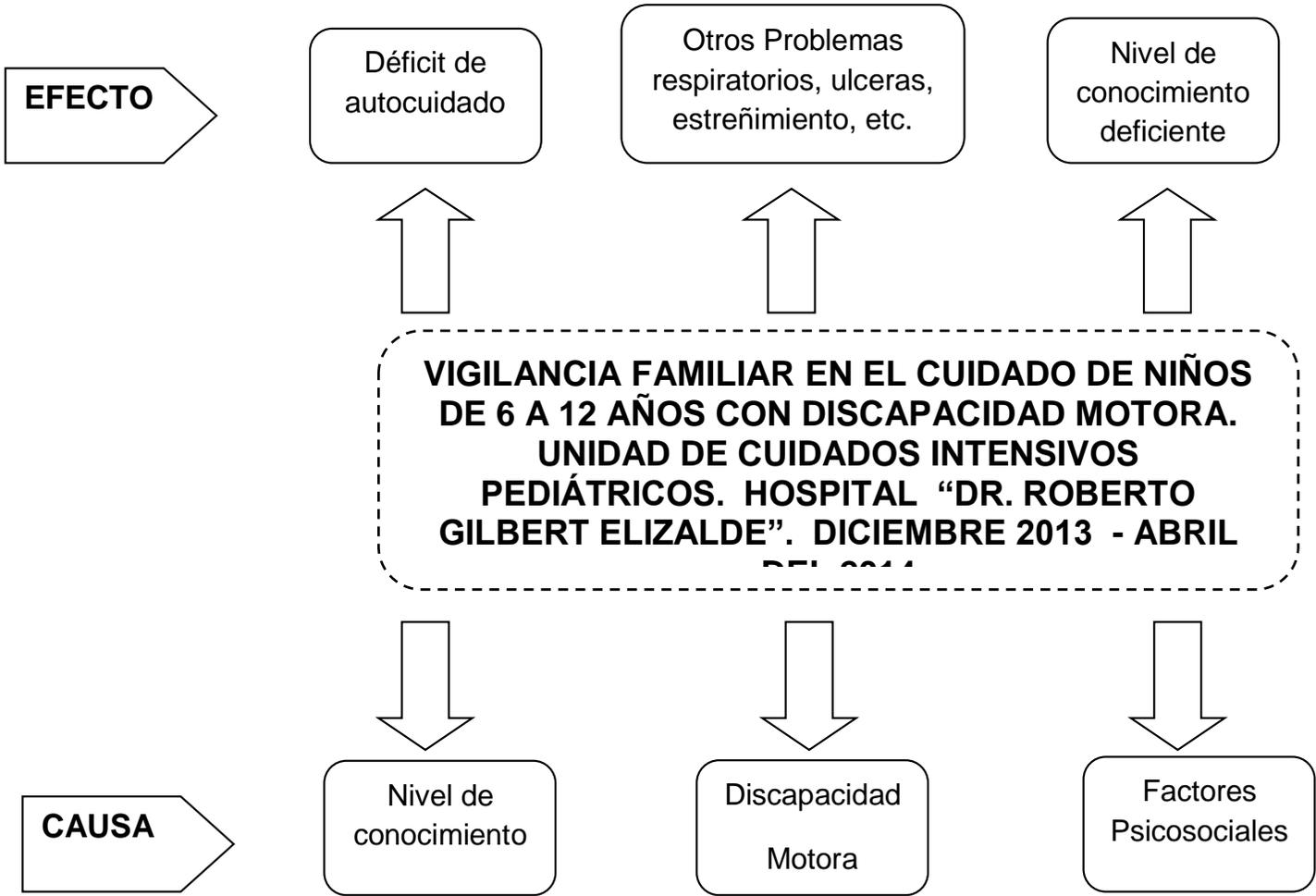
(Nanda Internacional, 2013)

Tabla N° 7 Plan de cuidado: Riesgo de caída

Diagnóstico De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones	Evaluación
<p>Riesgo de Caída R/c Discapacidad motora</p>	<p>Prevención de caídas</p> <p>Indicador Caídas de la cama Escala 3: 4 – 6</p> <p>Indicador Caídas durante el traslado Escala 4: 1 – 3</p>	<p><u>Prevención de caídas</u></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eduque a la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas. • Identifique déficits físicos del menor que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Utilice barandales laterales en la cama para evitar caídas 	<p>Cuidador toma las medidas de prevención para evitar caídas del paciente</p>

(Nanda Noc Nic, 2013)

ARBOL DE PROBLEMAS



TEMAS

MARCO TEORICO

- ✎ Vigilancia familiar en niños con discapacidad motora a Nivel mundial.
- ✎ Vigilancia familiar en niños con discapacidad motora en América Latina
- ✎ Vigilancia familiar en niños con discapacidad motora a en Ecuador
- ✎ Normas de Autocuidado en niños con discapacidad motora a Nivel Mundial.
- ✎ Normas de Autocuidado en niños con discapacidad motora en América latina.
- ✎ Normas de Autocuidado en niños con discapacidad motora en Ecuador

MARCO TEORICO

- Teorías de Enfermería
- ✎ Conceptos: Persona (ser biopsicosocial), Entorno, Salud, Cuidados de enfermería.
 - ✎ Florence Nightingale, Modelo del Entorno
 - ✎ Dorothea Orem, Modelo de Autocuidado

MARCO LEGAL

- Aspecto legal
- ✎ Código de discapacidad
 - ✎ Código de la salud: OMS
 - ✎ Código de la niñez; Art.
 - ✎ Ley de Discapacidades; Art.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQP-1497



CARRERA
DE
ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Aportado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1813 – 11817

Guayaquil Ecuador

CE-197-2014

MARZO 24

DOCTOR

Enrique Valenzuela Baquerizo
DIRECTOR HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La susrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conociendo de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante GALLEGOS LALANGUI MARIELA, quien se encuentra realizando el trabajo de titulación con el tema "VIGILANCIA FAMILIAR SOBRE EL AUTOCUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DEL 1 DICIEMBRE HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2014", realice la encuesta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Angela Mendoza Vincés
Directora (E)

HOSPITAL DE NIÑOS
ROBERTO GILBERT ELIZALDE
Lcda. Jaime Moya
Directora (E)

Lcda. Angela Mendoza Vincés
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Recibido 22 - Abril 2014,
14:32.

Cc: Archivo

AM/Fátima



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS
"DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
DOCENCIA DE ENFERMERIA

OF: C.D.E. 069

Guayaquil 22 de Abril del 2014

CERTIFICACION

La Coordinación de Docencia en Enfermería del Hospital "Dr Roberto Gilbert Elizalde" certifica que la Interna de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realizo la Encuesta con el tema de Investigación de **VIGILANCIA FAMILIAR SOBRE EL AUTOCUIDADO DE NIÑOS 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIÁTRICOS**, del 1 de Diciembre al 30 Abril del presente año.

Se adjunta nomina de estudiante.

Gallegos Lalangui Mariela

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

Lic. Leticia Jaime Negrete
COORDINACIÓN
DOCENCIA EN ENFERMERIA

Lic. Leticia Jaime Negrete
Coord. Docencia en Enfermería
☎(04) 2287310 Ext. 412

✉ ljaime@jbgyc.org.ec



Hospital de Niños
Dr. Roberto Gilbert F.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Marzo 24

LICENCIADA
FRANCO POVEDA KRISTEL
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

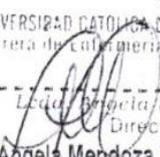
La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Tutora del trabajo de titulación de la SRTA. GALLEGOS LALANGUI MARIELA MERCEDES, con el tema VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE" DICIEMBRE 2013 ABRIL DEL 2014.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

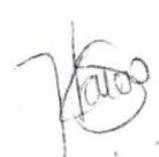
Atentamente


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"


Lcda. Ángela Mendoza Vinces
Directora (e)

Lcda. Ángela Mendoza Vinces
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima


22/03/2014

Guayaquil, Abril 30 del 2014

Magister

Lcda. Ángela Mendoza Vincés

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Ciudad

En su despacho:

Comunico que la **SRA. MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI** con cédula de identidad 0918943713 finalizó el proceso de revisión del Trabajo de Titulación cuyo título es **VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE". DICIEMBRE 2013 – ABRIL 2014**, previa a la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería dando paso de revisión al Primer Lector.

Agradezco su atención prestada y reciba un cordial saludo.

Atentamente;



Lcda. Kristy Franco Poveda

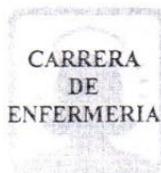
Tutora



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

LICENCIADA
MÓNICA JARRIN ALVAREZ
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la Srta. GALLEGOS LALANGUI MARIELA, con el tema VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE" DICIEMBRE 2013 ABRIL DEL 2014

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

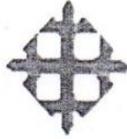
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lda. Amparo Mendoza Vences
Lda. Amparo Mendoza Vences

DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima

Recibido
Lic. Mónica Jarrin Alvarez
ESP. G.S.S. ENFERMERA ONCOLOGICA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"

Guayaquil, Mayo 27 del 2014

Lcda. Mgs.

ÁNGELA MENDOZA VINCES

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UCSG

Ciudad

De su despacho:

Comunico que la alumna **MARIELA MERCEDES GALLEGOS LALANGUI** con número de identidad N°0918943713 finalizó el proceso de revisión del Trabajo de Titulación cuyo tema es: **VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE" DICIEMBRE 2013 – ABRIL DEL 2014.** Dando paso a la revisión del Segundo Lector.

Agradezco de antemano la atención prestada a mi solicitud.

Atentamente

Lcda. Mónica Jarrín Álvarez
Lcda. **Mónica Jarrín Álvarez**

PRIMERA LECTORA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
27 MAY 2014
Fátima 16440



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

27 de Mayo 2014



LICENCIADA
GONZALEZ CRISTINA
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-



De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como segundo Lector del trabajo de titulación de la Srta. GALLEGOS LALANGUI M ARIELA, con el tema "VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE " DICIEMBRE 2013 ABRIL 2014



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Certificado No COR-1197

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vences
Directora (E)

Lcda. Angela Mendoza Vences
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

30/05/14
[Handwritten signature]

CARRERA
DE
ENFERMERIA

AM/Fátima

www.ncsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

27 de Mayo 2014



LICENCIADA
GONZALEZ CRISTINA
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-



De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como segundo Lector del trabajo de titulación de la Sra. GALLEGOS LALANGUI M ARIELA, con el tema "VIGILANCIA FAMILIAR EN EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD MOTORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE " DICIEMBRE 2013 ABRIL 2014



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Certificado No COR-1197

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vences
Directora (E)

Lcda. Angela Mendoza Vences
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

CARRERA
DE
ENFERMERIA

30/05/14
Cristina Gonzalez

AM/Fátima

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, Junio 12 del 2014

Licenciada
ÁNGELA MENDOZA VINCES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
Ciudad

De mis consideraciones:

Informo a usted, que la **Srta. Mariela Mercedes Gallegos Lalangui**, luego de haber enviado su trabajo de titulación al sistema de urkund, el día 11 de Junio donde reportó un resultado de 23% de similitud, y con otras fuentes bibliografías ha realizado las correcciones utilizando el sistema de referencia bibliográfica APA Sixth, reportando el 0 % de similitud el día 12 de Junio del presente año, por lo tanto considero que se encuentra listo para la impresión, luego de la dirección del Tutor y revisión de los lectores.

Atentamente,


Lic. Olga Muñoz Roca
Docente de la Carrera

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
de FOP
KORR
12 JUN 2014
Fatima
DMS
CIBDO

