



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD

PARA EL DESARROLLO LOCAL

“Integración socio-familiar de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colón, cantón Portoviejo. Año 2013”

TESIS DE GRADO

AUTORA: Quijije Mera, Judith Elizabeth

DIRECTORA: Donoso Palomeque, Myrian Susana, Mg. Sc

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Donoso Palomeque, Myrian Susana

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría denominado “Integración socio-familiar de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colón, cantón Portoviejo. Año 2012”, realizado por Quijije Mera Judith Elizabeth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, diciembre de 2013

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Quijije Mera Judith Elizabeth**, declaro ser autor de la presente tesis de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Licencianda Mg. Sc. Donoso Palomeque, Myriam Susana directora de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Portoviejo, diciembre de 2013

f.....

Autora: Quijije Mera Judith Elizabeth

Cl.: 1312034356

DEDICATORIA

Después de cada triunfo hay que agradecer a las personas que lo hicieron posible; dedico esta tesis a:

DIOS, mi padre celestial, que sabe dar buenas dádivas a sus hijos sin condición.

Mis padres, que con su apoyo y amor incondicional constituyen el pilar fundamental en mi vida y que me han inculcado desde siempre el deseo ferviente de superación y preparación para servir a los demás.

Mis hermanas y sobrinos, por darme ánimo cuando me sentía decaer, siempre sentí que estaban conmigo brindándome ese abrazo, reparador esa caricia que resulta la mejor medicina ante los males del cuerpo, esperando ser su ejemplo y fuente de inspiración.

Mis amigas incondicionales y colegas hermanas Tapia Mielles y familia, que desde el inicio de este sueño han estado allí siendo fuente de inspiración, y fortaleza antes mis debilidades.

A mí, por mi inteligencia, perseverancia y constancia en alcanzar las metas que con amor y esfuerzo he logrado.

Lic. Judith Elizabeth Quijije Mera

AGRADECIMIENTO

Si siembras la semilla de tus sueños y crees en ellas, tus sueños florecerán en ti.

Mi profundo agradecimiento a DIOS, que me dio y me continua con vida para seguir el camino del éxito.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la valiosa oportunidad de alcanzar una formación profesional en mi ciudad.

A mi directora de tesis, Mg. Sc. Susana Donoso, que con su apoyo desinteresado me brindo soporte técnico durante el desarrollo de este proyecto.

Al Distrito de Salud #1 y Sub-Centro de Salud Colón, por la colaboración y el apoyo demostrado durante la ejecución de este proyecto.

A todas las personas y familias de los discapacitados, quienes me recibieron con los brazos abiertos y me dieron la apertura necesaria para el logro de mi meta, eternamente agradecida.

A mis compañeros, amigos y todas las personas que de una u otra forma contribuyeron al desarrollo de este proyecto.

Lic. Judith Elizabeth Quijije Mera

CERTIFICADO INSTITUCIONAL

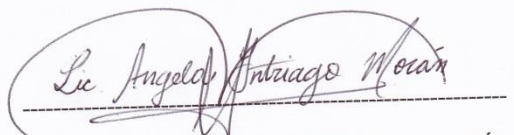


Ministerio de Salud Pública

CERTIFICACIÓN

Certifico que la presente Lic. Judith Elizabeth Quijije Mera con CI: 131203435-6 realizó en este Sub-Centro de Salud un proyecto de acción titulado **"INTEGRACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DISCAPACITADOS, ORIENTADO AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LA PARROQUIA COLÓN CANTÓN PORTOVIEJO. Año 2012"** fue programado y puesto en marcha en esta institución.

Portoviejo, Diciembre 2012


DIRECTORA ENCARGADA DEL S.C.S COLÓN
SUB-CENTRO DE SALUD
"COLÓN"
JEPATUN DE AP

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE:	PÁGINAS
CARÁTULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VII
RESUMEN EJECUTIVO	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO I: Marco teórico	9
1.1. Marco institucional	10
1.1.1. Aspectos geográficos	10
1.1.2. Dinámica poblacional	11
1.1.3. Misión de la institución	13
1.1.4. Visión de la institución	13
1.1.5. Organización administrativa	14
1.1.6. Servicios que presta la institución	14
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura	15
1.1.8. Características geofísicas de la institución	16
1.1.9. Políticas de la institución	17
1.2. Marco institucional	18
1.2.1. Definición de la discapacidad	18
1.2.2. Clasificación internacional de discapacidades	19
1.2.3. Lista de discapacidades	20
1.2.4. Situación de los niños con discapacidad	23
1.2.5. Actitudes frente a la discapacidad	24
1.2.6. La familia del niño con discapacidad	30
CAPÍTULO II: Diseño metodológico	36
2.1. Matriz de involucrados	37

2.2. Árbol de problemas	40
2.3. Árbol de objetivos	41
2.4. Matriz del marco lógico	42
CAPÍTULO III: Resultados, Conclusiones y Recomendaciones	46
RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	110
APÉNDICE	113

RESUMEN

Los receptores de vigilancia domiciliaria a diario encuentran personas que presentan graves dificultades para el autocuidado, dependientes con necesidad de asistencia para realizar actividades cotidianas, para el manejo y control de síntomas y del régimen terapéutico relacionado con su proceso.

En la ciudad de Portoviejo parroquia Colón hay necesidades de niños discapacitados, por lo que se presentó este proyecto “Integración socio-familiar de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar” proporcionando aportes significativo en el bienestar de la personas con discapacidad, mediante la integración familiar, proporcionando herramientas de autocuidado de manera que el discapacitado y el tutor se adapten mejor a su entorno cotidiano y les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos incómodos a sus problemas de salud.

Además, de dignificar su condición de dependencia en el hogar, les ayudó a adaptarse y relacionarse como un ser normal frente a la sociedad.

El plan ha tenido un aporte importante no solo en el ámbito individual sino también un impacto más en la sociedad, ya que ellos dieron apertura e hicieron partícipes a este grupo en la comunidad, dándole de esta manera sostenibilidad al proyecto.

PALABRAS CLAVES: discapacitado, familia, comunidad, autocuidado, dependencia.

ABSTRACT

Recipients of daily residential surveillance are people who have serious difficulties for self, dependents in need of assistance to perform daily activities, for the management and control of symptoms and the therapeutic regimen related to the process.

In the city of Colón's parish Portoviejo needs of disabled children, so this project was presented" social and family integration of disabled children, facing health care in the home" providing significant contributions to the welfare of persons with disabilities through family integration, providing self-management tools so that the disabled and the tutor better adapt their daily environment and help them to maintain levels of dependency that are less uncomfortable with their health problems.

In addition, to dignify their dependence at home, helped them adapt and interact as a normal being to society.

KEY WORDS: disability, family, community, self-care agency.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto consiste en la integración socio familiar, la cual se basa en la comprensión de la discapacidad desde el punto de vista de los derechos humanos, y colocar en primer plano los aspectos de la igualdad de oportunidades y de la participación equitativa en la sociedad; además de que el cuidado brindado en el hogar sea adecuado satisfaciendo cada una de las necesidades del niño discapacitado.

Durante este proceso se realizó un análisis de la discapacidad y sus problemas en los diferentes ámbitos, descubriendo que para mejorar su calidad de vida no solo se valora al discapacitado individualmente sino que por el contrario, la evaluación es familiar siendo la familia quien le proporciona los medios de superación, y la comunidad es quien valora los esfuerzos realizados. Cuando se habla específicamente del niño con discapacidad la rehabilitación no es sólo para el niño, sino para su familia ya que de ella depende su cuidado y progreso.

Este trabajo se ejecutó mediante la metodología del enfoque lógico, identificándose como principal problema la poca integración familiar en el cuidado del hogar del niño discapacitado, radicando aquí la importancia de ejecutar esta propuesta. Para ello se contempló tres objetivos específicos claves:

El primero que consistió en fortalecer el programa de atención al discapacitado difundiendo sus beneficios, mediante las vistas domiciliarias, la sensibilización de la comunidad en general para fomentar actitudes positivas y solidarias basadas en el derecho de las personas con discapacidad y el respeto a la diversidad.

El segundo objetivo fue capacitar a los tutores y familiares mediante un componente informativo y participativo de convivencia con personas con discapacidad y las experiencias de vivir esta realidad. Para el cumplimiento de este objetivo se diseñó un plan de capacitación y una guía de autocuidado para los tutores de los niños discapacitados.

El tercer objetivo estuvo encaminado a organizar a los padres de familia mediante la creación de un club, que funcione con integración socio-familiar, luchando por la mejora y beneficios del niño discapacitado.

Se destaca el cumplimiento del propósito que fue integrar a la familia y a la comunidad con el discapacitado haciéndolo participe activo del cuidado en el hogar, y de esta manera

contribuir a mejorar su calidad de vida, recibiendo el apoyo incondicional del sub- Centro de Salud, líderes comunitarios, familias de los discapacitados y comunidad en general, siendo ellos quienes darán sostenibilidad al proyecto.

Existen muchas familias como individuos, cada una tan distintas y con problemas tan diferentes. Así mismo hay muchos tipos de discapacidad con diferente grado de severidad y extensión, al igual que varían los recursos de cada familia y de la comunidad en la que vive. Es ésta la dinámica entre el problema y su dimensión en cada caso, que constituye una situación característica a valorar de manera integral al niño y la familia reconociendo su papel protagónico en la atención y cuidado de su salud, por lo que se fortalecieron las visitas domiciliarias para satisfacer sus necesidades vinculadas al medio social en el que se produce la importancia de promover el autocuidado y control personal de la vida de estos individuos en cuanto sea posible; de tal forma que las familias se sitúen en un espacio que den respuesta a las dificultades de la discapacidad.

Las madres y/o tutores prestaron su colaboración al equipo de salud, siendo una de las fortalezas el contar con el apoyo de la comunidad y de la unidad operativa; de manera que gracias a ellos se organizaron a los cuidadores quienes viven a diario esta realidad, y que aportan con su contingente de ideas en el proceso y ejecución del trabajo, que me abrió las puertas para desarrollar este proyecto en busca de mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

PROBLEMATIZACIÓN

La discapacidad está fuertemente determinada por el entorno y éste puede facilitar o entorpecer la realización de una actividad y participación en la sociedad. Parte de los esfuerzos para lograr la integración de la persona con discapacidad es facilitar esta interacción.

Si consideramos que en América latina apenas el 2% de la población en situación de discapacidad puede acceder a servicios de atención y/o rehabilitación, y en caso del Ecuador se estima que de cada 100 personas identificadas con discapacidad, 33 podrían tener no solo restringida su participación social sino excluida. (Consejo Nacional de Discapacidades del Ecuador 2011)

Tal situación se vive en la comunidad de Colón provincia de Manabí, donde gracias al proyecto Manuela Espejo la unidad de Salud ha identificado 100 discapacitados con diferentes niveles de discapacidad prevaleciendo la incapacidad física, encontrándose en condiciones de salud precarias especialmente en lo que concierne a déficit nutricional, problemas odontológicos y de higiene que constituyen un riesgo potencial en la salud del discapacitado, añadiéndose a ello la escasa información y accesibilidad a los servicios especializados ocasionado por el déficit de conocimiento de las familias en la rehabilitación y cuidado del mismo. El INEC afirma: “Un gran sector de la población con discapacidad no tiene protección y requiere que las instancias responsables amplíen su cobertura y programas de asistencia comunitaria sobre todo para mejorar su calidad de vida y hacer cumplir sus derechos” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Por la literatura se conoce que: “Una sociedad donde la discriminación social e incluso familiar impide, desarrollar libremente la vida de las personas con discapacidad”. (www.ungs.edu.ar/ms.../LIBRO-COMPAGINADO-Eroles-Fiamberti2).

Además de que los familiares y/o tutores no poseen los conocimientos básicos para identificar aceptar y proporcionar cuidados correctos al discapacitado. Así mismo la integración o inclusión de las personas con discapacidad, es un proceso continuo y progresivo cuya finalidad es incorporar al individuo con necesidades especiales a la comunidad, y constituye uno de los fenómenos de mayor trascendencia en la educación.

Dentro de este contexto se han detectado varios problemas que afectan el buen desarrollo del discapacitado en esta comunidad como son:

- La baja autoestima de las madres, tutores y/o familia y la no aceptación de la discapacidad.
- La inadecuada atención y cuidados en el hogar por déficit de conocimientos en el manejo.
- La inestabilidad en la asistencia, la falta de compromiso ante el tratamiento y el nivel de compromiso de algunas madres en los programas.

Esta situación requirió realizar un diagnóstico situacional participativo, identificándose como problema principal la poca integración familiar y el incorrecto cuidado de salud en el hogar del niño discapacitado, señalándose como factores determinantes los siguientes:

1. La escasa difusión y debilidades existentes del programa de atención al niño discapacitado, en razón de que existe un manejo inadecuado los problemas que estos presentan y una escasa interrelación entre los discapacitados, tutores, equipo de salud y sociedad en general situación que conlleva a que los niños discapacitados no sean atendidos oportunamente y por ende se deteriore la salud del mismo.
2. Los padres y/o tutores no se encuentran capacitados en el manejo de las actividades diarias y el cuidado en el hogar del niño discapacitado por lo que ellos no detectan oportunamente los signos y síntomas de alarma debido al déficit de conocimiento existente, ocasionando que este grupo se vuelva susceptible a las enfermedades incrementando el riesgo de complicaciones.
3. Los padres y/o tutores de los niños discapacitados no están organizados, por lo que existe una desigualdad de oportunidades, debido al desconocimiento sobre la importancia de formar una organización para buscar mejorar la salud del niño razón que conlleva a que los discapacitados no estén integrados en la comunidad y el entorno familiar y por ende exista el escaso desarrollo de sus habilidades psicomotoras.

Todo este contenido antes descrito incide notablemente en el deterioro de la calidad de vida del niño discapacitado de la comunidad. Por ello surge entonces la interrogante ¿Es factible desarrollar un proyecto que permita la integración socio-familiar orientado al cuidado de la Salud en el hogar del discapacitado de la comunidad de Colón?

JUSTIFICACIÓN

Los niños con discapacidad al igual que todo ser humano tiene necesidades, por lo que es deber y responsabilidad de los demás conocer cómo viven, sus carencias y cómo se desenvuelven ante la familia y la sociedad, y en consecuencia crear estrategias que den solución a su problemática.

La integración y la aceptación de las personas con discapacidad a nivel social y los cambios de actitud de los padres dentro del contexto de falta de oportunidades en el cual viven es, en sí, un problema que a través de este proyecto se busca manejar y superar con la participación activa de la familia y la comunidad, por medio de la sensibilización, la ampliación de conocimientos pertinentes en cuanto a discapacidad y el cuidado en el hogar que aseguren la detección y atención oportuna ante los signos y síntomas de morbilidad o alarma, de manera que se responda a las necesidades del niño discapacitado de la comunidad de Colón.

La calidad de vida ocupa un título de gran importancia en la mejora e innovación en los programas y servicios brindados a las personas con discapacidad, su uso permite centrar los esfuerzos en los individuos atendidos, dando especial relevancia a su propia perspectiva, satisfacción y bienestar personal. Si tomamos en cuenta que la discapacidad generalmente no es algo fijo, si no cambiante. Dependiendo de las limitaciones y del apoyo disponible de su entorno, se puede disminuir la dependencia proporcionando intervenciones, herramientas y servicios de apoyo que se centren en la conducta adaptativa y el bienestar personal desarrollando al máximo sus habilidades, convirtiéndolo en un ente positivo y participe activo en la sociedad, beneficiando de esta manera a los discapacitados, su familia, comunidad y al mismo tiempo a los diferentes servicios de Salud, vinculándose el trabajo conjunto de los mismos.

En base a este contexto se pretende aplicar esta propuesta, radicando aquí la importancia de desarrollar este proyecto que busca viabilizar la integración familiar en el cuidado correcto de salud en el hogar del niño discapacitado de la comunidad de Colón, ya que de esta manera se le brindaran oportunidades en los diferentes ámbitos, ayudándole a crecer a desenvolverse en la sociedad, disminuyendo los niveles de dependencia y a futuro ver un individuo productivo, respetado y considerado como todo ser humano. De esta manera daremos un verdadero valor y realce a lo que hoy en día llamamos calidad de vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el cuidado de la salud en el hogar de los niños discapacitados de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, mediante la integración familiar para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer el programa de atención del niño discapacitado en la unidad de salud difundiendo los beneficios.
- Capacitar a la familia sobre el cuidado en el hogar del niño discapacitado.
- Organizar a los padres y/o tutores para la búsqueda de atención del discapacitado.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional.

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.

Continente: América del Sur.

País: Ecuador.

Región: Costa.

Provincia: Manabí.

Cantón: Portoviejo (Distrito de salud N°1).

La parroquia Colón se encuentran ubicada al Este del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, dentro del valle de su mismo nombre. Colón se encuentra a 9 kilometro de Portoviejo – Santa Ana.



Imagen 1. Mapa del Cantón Portoviejo.

Fuente: Gobierno Provincial de Manabí

Situación.- Colón se encuentra situada al este del valle de la ciudad de Portoviejo, está atravesada por el río del mismo nombre y posee zonas urbanas y rurales, estas últimas se extienden a diferentes sitios como son: San Ignacio, Santa Clara, Mata de Cady, El Pollo, Pachinche adentro, medio y afuera, Mapasingue adentro, medio y afuera, Pepa de Huso, La Puca, El Cady y La Mona. Tiene una extensión territorial de 25 Km² aproximadamente. (Municipio de Portoviejo, 2012)

Límites:

- Norte: Con el sitio San Ignacio.
- Sur: Con la carretera Colón - Quimís.
- Este: Con la parroquia Lodana.
- Oeste: Con el sitio El Naranjo.

Topografía, Orografía e Hidrografía.- El territorio de estas comunidades es muy irregular, tiene pequeñas lomas que no pasan los 400 metros. En el lado este encontramos el cerro la

Carraca y en el oeste el cerro Mapasingue. Por encontrarse dentro del valle y atravesadas por el río Portoviejo hace que estas comunidades sean zonas de alto riesgo de inundaciones en la época de invierno. El caudal del río es variable y sigue un curso de este a oeste, dirigiéndose desde Santa Ana hacia Portoviejo. La parte del valle es irrigada por los canales del sistema Poza Honda, tanto el margen derecho como el izquierdo en un área aproximada de 800 hectáreas

Información climática.- De acuerdo a la clasificación de pisos climáticos establecidos en el almanaque ecuatoriano, el clima que predomina es tropical cálido por encontrarse entre los 800 y 1.200 m de altura, con un promedio de 500 lluvias anuales. Existen dos estaciones: invierno y verano, con una temperatura que oscila entre 27°C y 35°C.

Medio ambiente.- Son zonas de alto riesgo en época invernal por las inundaciones y el desbordamiento de quebradas que sufren. Es una comunidad que no posee alcantarillado por lo que sus excretas deben ser eliminadas en pozos sépticos y luego ser trasladada con carros sifoneros.

La flora es diversa, en la zona rural abundan los árboles madereros y frutales como la acacia, algarrobo y el almendro. También existen variedades de plantas medicinales, ornamentales y alimenticias.

La fauna ha disminuido producto de la constante deforestación de las pocas zonas montañosas. Las especies características del sector y por tratarse de un valle son: reptiles como culebras, gatos de monte, ardillas, loros, entre otros. Así mismo se encuentra un gran número de animales domésticos predominando esta lista los perros y los gatos. En la zona rural existen: el ganado vacuno, porcino y una gran variedad de aves de corral.

1.1.2. Dinámica poblacional.

La parroquia Colon tiene una población de 13.668 habitantes aproximadamente, de los cuales el 51,2% es hombre y el 48,8% predominando el sexo masculino en la comunidad.

Tabla 1. Grupos etarios de la comunidad de Colón

GRUPOS ETARIOS DE LA COMUNIDAD COLÓN													
MENOR DE 1 AÑO	12 A 23 MESES	2 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	10 A 14 AÑOS	15 A 19 AÑOS	20 A 64 AÑOS	65 A 74 AÑOS	75 Y MÁS	5 AÑOS	6 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	65 AÑOS
273	256	747	1241	1272	1282	7345	553	443	270	271	273	274	63

Fuente: Área de estadística Sub-centro de Salud Colón.

Según este cuadro estadístico el 54,73% pertenece a la población económicamente activa, el 19,04% corresponde al grupo de adolescentes, el 18,76% a los niños en diferentes etapas, y el 7,42 a adultos mayores.



Figura 1. Pirámide Poblacional.

Fuente: Área de estadística Sub-centro de Salud Colón.

Tabla 2. Grupo etario en mujeres en edad fértil y D.O.C de la comunidad de Colón

EMBARAZADAS	MUJERES EN EDAD FÉRTIL		D.O.C	
			MAMARIO	UTERINO
	10 A 49 AÑOS	15 A 49 AÑOS	25 A 64 AÑOS	36 A 64 AÑOS
341	4627	3965	3444	2243

Fuente: Área de estadística Sub-centro de Salud Colón.

De acuerdo a estos datos 4.627 corresponden a las mujeres en edad fértil, de las cuales el 7,3% se las considera en estado de gestación. Para la detección oportuna del cáncer en la mujer se trabaja con las edades de 25 a 64 años encontrándose una población de 3444 mujeres.

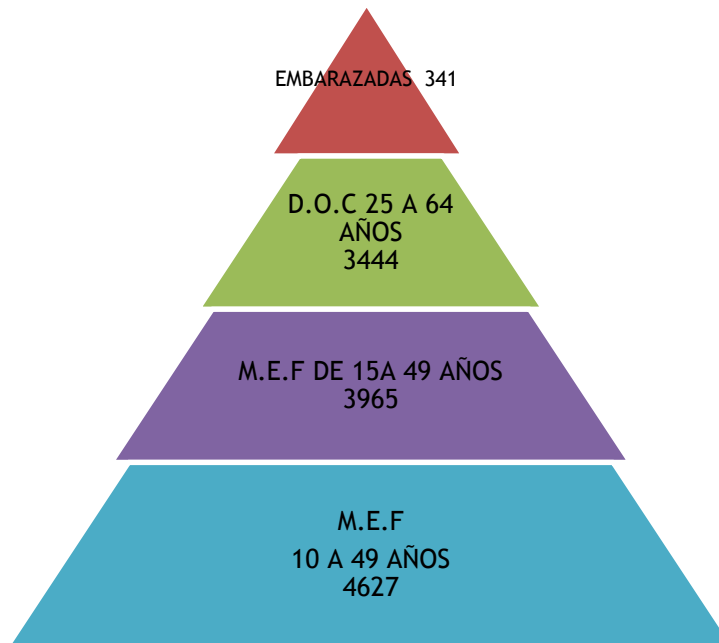


Figura 2. Pirámide Poblacional de mujeres en edad fértil.
Fuente: Área de estadística Sub-centro de Salud Colón.

El CONADIS reporta que aproximadamente en el Ecuador 1 608 334 personas con discapacidad equivalente al 13,2% de la población y el 4,4% de personas con alguna minusvalía.

Tabla 3. Distribución de discapacidad por sexo

Discapacidad por sexo en Ecuador			
HOMBRES		MUJERES	
No	%	No	%
778 594	48,40%	830000	51,60%

Fuente: Estadísticas del CONADIS

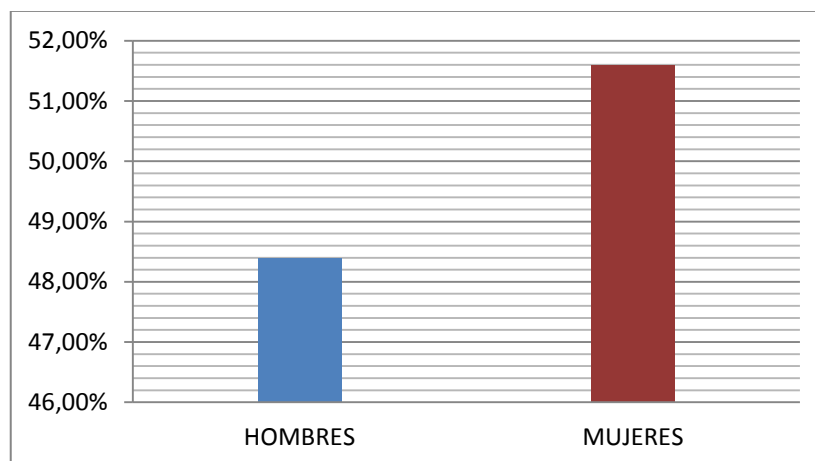


Figura 3. Distribución de discapacidad por sexo
Fuente: Estadísticas del CONADIS

Como se observa en el cuadro predomina el grupo de las mujeres con una diferencia ligera no significativa entre ambos sexos.

En la región Costa el 15,4% de la población tiene alguna discapacidad, siendo las provincias de mayor incidencia el Oro y Manabí.

Según el tipo de discapacidad del 13,2% de la población discapacitada, en el país existen:

- 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas;
- 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas;
- 363 .000 personas con discapacidad por deficiencias visuales
- 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditiva y del lenguaje

La distribución porcentual de niños menores de cinco años con deficiencias reportan que el 35,9% son de tipos psicológico, 20,3% de lenguaje, 16,2 músculos esqueléticas, 10,1% desfiguradoras, 8,2% viscerales, 5,6% visuales y 3,4% auditivas. El 42% de éstos menores de cinco años, presentan al menos dos deficiencias simultáneas.

Entre los menores de 5 años con limitaciones, el 56,7% son niños y el 43,3% son niñas. (www.consejodiscapacidades.gob.ec)

En según el CONADIS en Manabí hay 181500 personas con discapacidad aproximadamente siendo la discapacidad física la prevalente, por causa de poliomielitis, enfermedades congénitas, o accidentes de tránsito. En segundo lugar le sigue el síndrome de Down, en tercer lugar se encuentran la discapacidad visual y auditiva. (www.consejodiscapacidades.gob.ec)

Tabla 4. Población por tipo de discapacidad de la Parroquia Portoviejo 2010

Población por condición de Discapacidad - Portoviejo INEC 2010					
AREA	INTELLECTUAL	FÍSICO-MOTORA	VISUAL	AUDITIVA	MENTAL
URBANO	1.480	5.865	3.083	1.285	1.075
RURAL	141	550	245	114	78
TOTAL	1.621	6.415	3.328	1.399	1.153

Fuente: www.inec.gob.ec

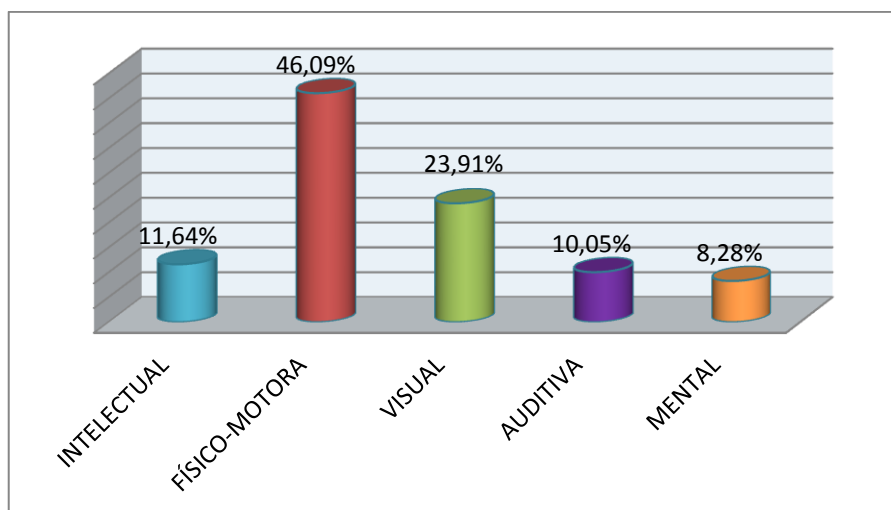


Figura 4. Distribución por tipo de discapacidad
Fuente: www.inec.gob.ec

Como observamos en la gráfica la discapacidad física motora continúa predominando a nivel de la parroquia Portoviejo con un porcentaje de 46,09%, seguida de la visual con un 23,91% según el último censo realizado. (2010)

Tabla 5. Nivel de instrucción en personas con discapacidad (> 5 años)

POBLACIÓN DE 5 Y MÁS AÑOS POR CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASITIÓ / PORTOVIEJO 2010				
	Si	No	No responde	Total
Ninguno	3.161	7.760	1.075	11.996
Centro de Alfabetización/(EBA)	233	1.007	141	1.381
Preescolar	199	2.650	240	3.089
Primario	7.374	72.390	6.445	86.209
Secundario	2.749	51.899	3.762	58.410
Educación Básica	795	15.903	1.436	18.134
Bachillerato - Educación Media	801	14.673	1.138	16.612
Ciclo Postbachillerato	114	2.548	167	2.829
Superior	1.608	40.754	2.250	44.612
Postgrado	147	2.858	208	3.213
Se ignora	718	2.998	4.117	7.833
Total	17.899	215.440	20.979	254.318

Fuente: www.inec.gob.ec

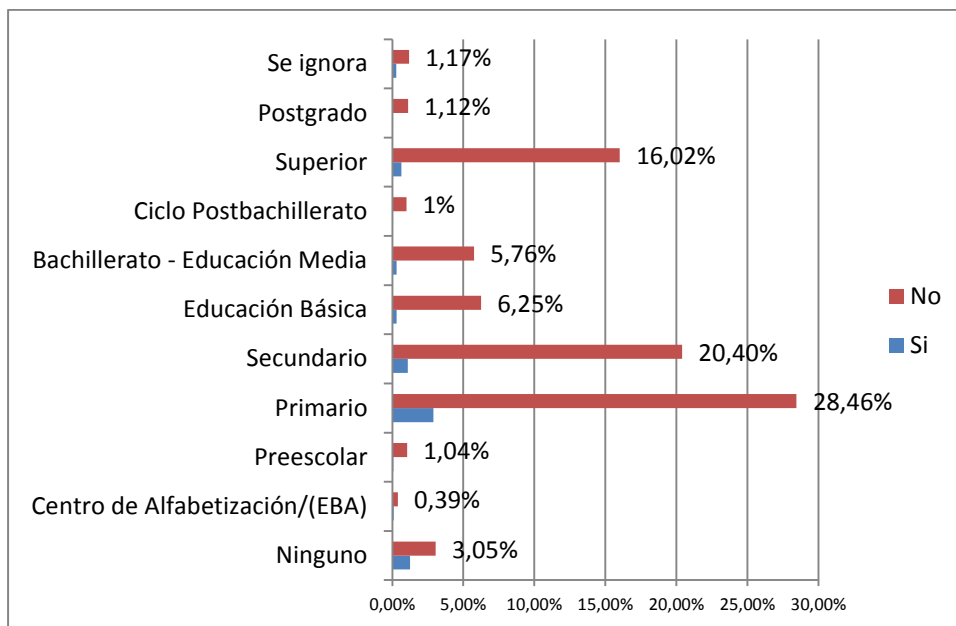


Figura 5. Distribución por nivel de instrucción de las personas con discapacidad
Fuente: www.inec.gob.ec

En estos datos estadísticos del cantón Portoviejo corroboramos como las personas con discapacidad en su mayoría carece de oportunidades en el ámbito de la educación el 28,40% no llega ni al nivel primario seguido del secundario con un 20,40%.

1.1.3. Misión de la institución.

La misión del Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón, del cantón Portoviejo (2012), dice:

“Brindar atención y prevenir los problemas de salud del habitante de colon y sus áreas de influencia, en una forma integral sin discriminación de origen étnico, condición socio-económica, sexo, edad, o creencia religiosa buscando la equidad, eficiencia y calidad. Con la finalidad de garantizar al usuario el bienestar físico, mental, previéndolo de condiciones óptimas para la vida y ser activamente saludable y participativo en su entorno social. Somos una red de Servicios de Salud constituida por un Hospital Referencial, que atendemos problemas de Salud en cumplimiento de nuestro deber como parte del Ministerio de Salud”. (Archivo de sub-centro Colón 2012, p.15)

1.1.4. Visión de la institución.

La visión del Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón, del cantón Portoviejo (2012), es la siguiente:

Seremos un centro de salud materno de excelencia con reconocimiento que brinde Atención Integral de salud, accesibles a la población, referencial principalmente de la parroquia colon, Que Promueva el desarrollo de actividades encaminadas a la recuperación de enfermedades, prevención de factores de riesgo. Que satisfaga plenamente al usuario, a través de un adecuado equipo de trabajo, solidario, honesto y responsable. (Archivo de sub-centro Colón 2012, p.15)

1.1.5. Organización administrativa

El Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón es una unidad operativa que depende del Ministerio de Salud Pública. Sin fines de lucro, implementada para dar atención de fomento y protección acciones de salud preventiva y atención médica básica de tipo ambulatorio.

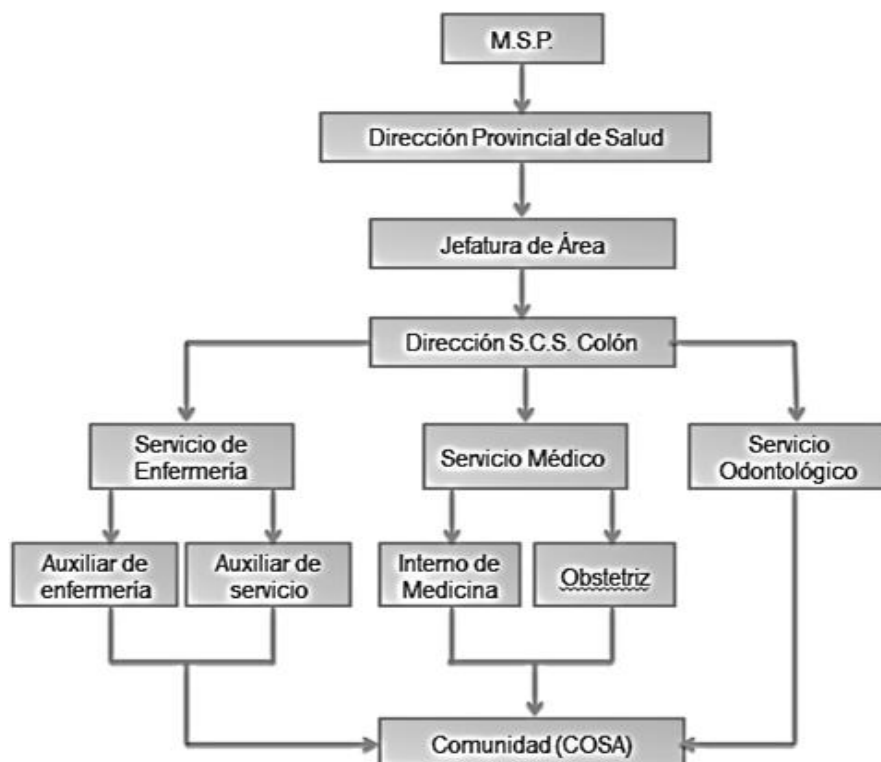


Imagen 2. Organigrama administrativo

Fuente: Estadísticas del Sub- Centro de Salud de la parroquia Colón. (2012)

En esta estructura orgánica funcional el sub centro de salud de Colón desarrolla comunicación rápida y con menos interferencias, en la que cada área se responsabiliza por el cumplimiento de su función.

1.1.6. Servicios que presta la institución

El Centro de Salud de la comunidad brinda servicios gratuitos de atención médica general y gineco-obstetricia, entrega de medicinas, inmunización según el programa establecido por el MSP, odontología y de los programas que se mencionan a continuación:

Los programas que contempla el Ministerio de Salud Pública y que están vigentes dentro de la Atención Primaria de Salud y/o complementarias a través de la dirección de fomento y protección.

- Programa de salud materna infantil y Maternidad Gratuita.
- Atención Integral de Enfermedades prevalentes de la Infancia AIEPI.
- Programa de crecimiento y desarrollo a menores de 5 años.
- Programa de fomento y protección para la salud.
- Programa de planificación familiar.
- Programa de educación a usuarios.
- Programa de salud escolar.
- Detección oportuna del cáncer (DOC).
- Programa de control y detección de la tuberculosis (PCT).
- Programa ampliado de inmunización (PAI).
- Maternidad gratuita.
- Atención diferenciada a adolescente “Zona Adolescente”.
- Programa de atención al adulto mayor.
- Club de hipertensos y diabéticos.
- Programa Manuela Espejo.
- Programa de Control de las IRAG y las ETI.
- Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS).

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

Tabla 6. Perfil Epidemiológico del Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón. 2012
(Clasificación internacional CIE-10)

CIE-10	PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	%
J00.6	IRA	2066	37,96
N39	IVU NO EMBARAZO	970	17,82
B82.9	PARASITOSIS	665	12,22
L23.5	DERMATITIS	358	6,58
S09	EDA	298	5,47
I10	HTA	241	4,43
F50	ANEMIA	237	4,35
S54.0	VAGINITIS	169	3,10
S59.0	TRICOMONIASIS	168	3,09
E11	DIABETES	143	2,63
O23	IVU	128	2,35
	TOTAL	5443	100,00

Fuente: Estadística sub Centro de Salud Colón

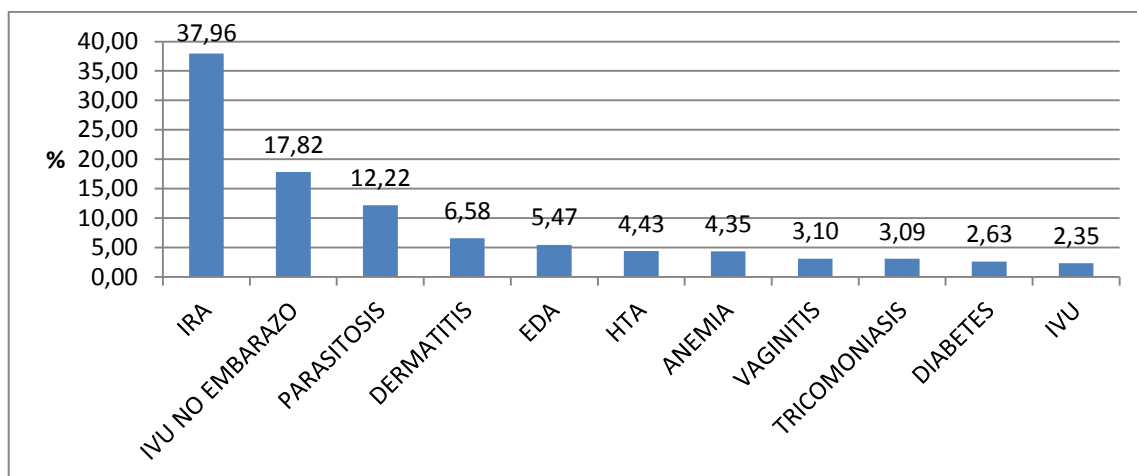


Figura 6. Principales causas de morbilidad.
Fuente: Estadística sub Centro de Salud Colón.

Análisis e interpretación: Se observa que las patologías según el perfil epidemiológico en el Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón son la IRA con 37.96%, IVU no embarazo con el 17.82%, Parasitosis 12.22%, Dermatitis 6.58%, EDA 5.47%, HTA con 4.43%, Anemia 4.35%, Vaginitis 3.10%, Tricomoniasis 3.09%, Diabetes 2.63% y en menor proporción las IVU con 2.35%, lo que denota que la población no hace conciencia de estas enfermedades prevenibles por medio de la promoción y de los cuidados de la salud.

Según datos estadísticos del sub-centro de la parroquia Colón se detectaron 84 personas con algún grado de discapacidad, de las cuales el 49,5% es del sexo femenino y el 50,4% correspondiente al masculino. El 16,66% de este grupo lo ocupa los menores de menores de 5 años, el 22,61% a los adolescentes y el 59,72% al grupo etáreo restante.

Tabla 7. Atención a discapacitados Sub-centro de Salud Colón 2012

MES	F
ENERO	20
FEBRERO	12
MARZO	15
ABRIL	22
MAYO	10
JUNIO	14
JULIO	12
AGOSTO	40
SEPTIEMBRE	45
OCTUBRE	58
NOVIEMBRE	44
DICIEMBRE	56
TOTAL	348

Fuente: Estadística del sub-centro de Colón

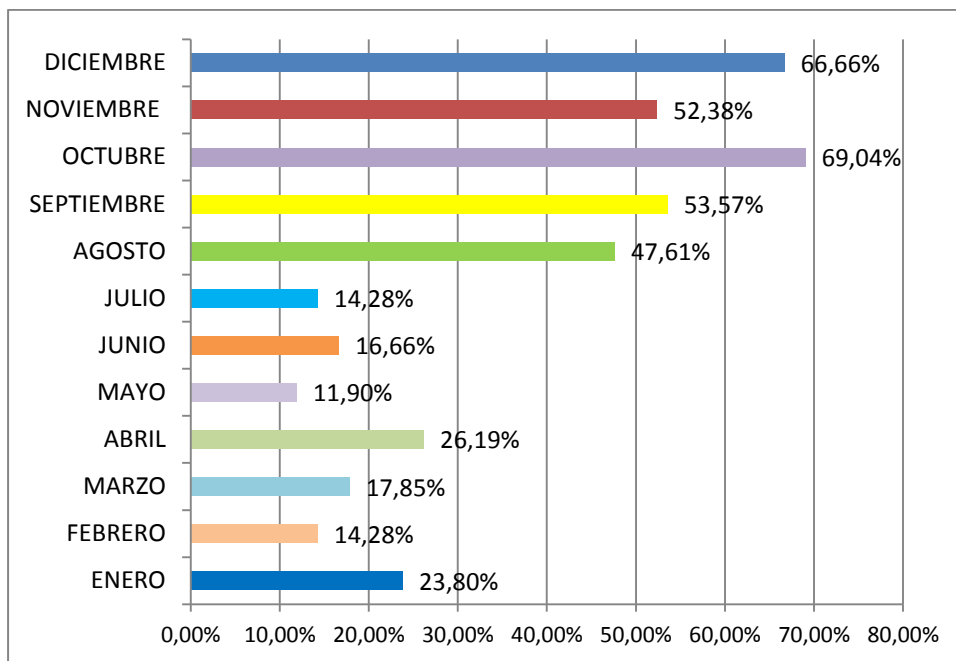


Figura 7. Cobertura de atención a personas con discapacidad en S.C.S. Colón
Fuente: Estadística del S.C.S Colón

En lo que respecta al programa de Salud Manuela Espejo manejado por las instituciones del Ministerio de Salud pública, mediante el trabajo en conjunto con el modelo de atención integral en salud, se realiza la atención a los grupos vulnerables en contacto directo con la comunidad, llegando a las zonas de difícil acceso. Las personas con discapacidad del sector presentan este tipo de dificultad por lo que se ven beneficiadas de las visitas domiciliarias, llevadas a cabo dentro de este programa.

1.1.8. Características geofísicas de la institución

El sub-centro de salud de colón, tiene una infraestructura de cincuenta metros cuadrado. En la planta baja se encuentran los departamentos de:

- Estadística
- Preparación de los pacientes
- Farmacia
- Área de P.C.T. donde se toman las muestras de esputo y se administran la medicación a los pacientes con Tuberculosis

En la planta alta están:

- Consultorio de medicina general
- Consultorio de gineco-obstetricia
- Odontología
- Área de preparación y elaboración del cloro

En la actualidad la unidad operativa posee el siguiente recurso humano: un odontólogo y una auxiliar de odontología, dos enfermeras y una auxiliar de enfermería, una obstetra, un médico rural, un estadístico y una auxiliar de limpieza que satisfacen las demandas del servicio de salud en esta comunidad.



Imagen 3. Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón.

1.1.9. Políticas de la institución.

La prestación de los servicios de Salud se rigen por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La protección social se refiere a la garantía de parte de los poderes públicos para que una persona o grupo de personas puedan satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de algunos de los subsistemas existentes. En salud estaría relacionado a la demanda (problemas - riesgos) y a las respuestas en términos de acceso, oportunidad y calidad. (M.S.P. Protección social en Salud, Ecuador 2002)

La protección social se basa en dos campos de acción:

La *asistencia social* que es definida como beneficio en efectivo o en especie que es financiado por el estado y que es mayormente provisto sobre la base de un promedio o el ingreso. El contexto también incluye esquema de beneficio universal basados en impuestos pero que no usa valores promedios.

El *seguro social* que es financiado por contribuciones basadas en el principio de aseguramiento.

Quienes forman parte del sistema nacional de salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios de enfoques establecidos en el artículo 1 de esta ley. (Art. 10 Disposiciones comunes de la Ley Orgánica en Salud.)

Las estrategias de la promoción en Salud son la prevención, mitigación y vencimiento del riesgo en tres niveles de manejo informal, de mercado, y público con varios actores (personas, hogares, comunidades, diversos niveles de gobierno (es intersectorial) y organismos internacionales), lo que implica una estrategia, sociedad civil y cooperación internacional.

1.2. Marco teórico conceptual.

1.2.1. Definición de la discapacidad.

“El concepto discapacidad se reduce de manera distinta de acuerdo con las culturas y contextos. Existen varios obstáculos tanto visibles como invisibles y la medida en que estos se convierten en discapacidad depende de elementos como la actitud y el comportamiento de otros hacia ellos (padres, hermanos, maestros, sociedad), de si se satisface o no sus necesidades básicas, de las políticas que los excluyen o incluyen, de la accesibilidad del entorno y del acceso al apoyo básico para su desarrollo”. (www.arc-online.org/translations/spanish/Disacapcidad.doc).

Carreño (2000) dice: “De acuerdo al contexto social y cultural la discapacidad es una oportunidad o un limitante en el desarrollo integral de todos los implicados con ella directa o indirectamente” (p.7). Por esta razón el entorno juega un papel fundamental siendo este el principal creador de barreras que limitan verdaderamente el desarrollo productivo del individuo discapacitado.

El término discapacidad, se usa como término global para los impedimentos, limitaciones de la actividad o restricciones a la participación. Los impedimentos y discapacidades son de diversas clases y afectan de manera diferente al individuo, al grupo familiar y social, de acuerdo a los aspectos individuales y sociales que la determinan.

La Organización Mundial de la Salud en una nota descriptiva 352 señala que “La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la

actividad y restricciones a la participación” (Junio/2011). Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado.

El Dr. Einar Helander afirma en su libro “prejuicio y dignidad” que hay muchas complejidades relacionadas a las definiciones de discapacidad. La definición más simple y probablemente la inicial de una persona discapacitada de acuerdo con él es: “una persona es considerada en su sociedad con discapacidad, debido a una diferencia en la apariencia y el comportamiento”. (www.arc-online.org/translations/spanish/Discapacidad)

Reflexionamos sobre cuanta importancia tiene la visión de la población hacia los discapacitados, de aquí se crea el concepto de discapacidad. Las actitudes y aptitudes que adopta la sociedad frente a ellos, determinan el entorno de desarrollo que facilita o que por el contrario crea barreras causando la verdadera “discapacidad”

1.2.2. Clasificación Internacional de Discapacidades.

La 54^{ava} asamblea mundial de la Salud editó la segunda edición de la Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidades y Handicaps (ICIDH-2) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otorgándole un nuevo título, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud (ICIDH-2). (IMSERSO. Madrid, 2001)

Esta es una clasificación diseñada para servir a varias disciplinas y distintos sectores, sus objetivos específicos son:

- Proveer una base científica para la comprensión y el estudio de la salud.
- Establecer un lenguaje común para describir salud y estados relacionados con la salud, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios tales como los trabajadores de atención de salud, investigadores, formuladores de políticas y público en general, incluyendo las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de información de un país a otro, entre disciplinas de atención de la salud, entre servicios y en el tiempo;
- Proveer un esquema de codificación sistemático para los sistemas de información de la salud.

Aunque, esta categorización es netamente de salud, es utilizado por distintos sectores como los seguros, la seguridad social, el trabajo, la educación, la economía, la política social

y en general el desarrollo legislativo. La limitación de la actividad ha sido aceptada como una Clasificación Social de las Naciones Unidas y es referida e incorporada en las Reglas Estándar Sobre la Homologación de las Oportunidades para Personas con Discapacidades. La clasificación internacional de funcionamiento, discapacidades y Salud, provee entonces un instrumento apropiado para la implementación de mandatos sobre derechos humanos internacionales declarados así como para la implementación de la legislación nacional.

1.2.3. Lista de discapacidades.

- Autismo: Una discapacidad del desarrollo, la cual afecta la comunicación verbal y no verbal y la interacción social. Generalmente es evidente antes de los tres años de edad, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar.
 - Sordo-ciego: Impedimentos auditivos y visuales simultáneos, la combinación de los cuales causa tantos problemas de la comunicación y educación que el niño no puede acomodarse en los programas para niños sordos o ciegos.
 - Impedimentos auditivos (incluyendo la sordera): Un impedimento auditivo tan severo que el niño se ve impedido al intentar procesar información lingüística a través del oído, con o sin amplificación, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar.
 - Retraso mental o Déficit cognitivo: Un funcionamiento intelectual general bajo promedio, el cual coexiste con déficit en la conducta adaptable, manifestándose durante el periodo del desarrollo y afectando adversamente el desempeño escolar del niño. (<http://www.slideshare.net/pauliitaasaes/deficit-cognitivo>)
-
- Déficit cognitivo leve corresponde a coeficiente intelectual 50-55 a 70.- Se los denomina los de la “etapa educable” son alrededor del 85 % de las personas afectadas por el trastorno. Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorias motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin discapacidad cognitiva hasta edades posteriores. Acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con discapacidad cognitiva leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.
 - Déficit cognitivo moderado, Coeficiente Intelectual 35-40 a 50-55.- La discapacidad cognitiva moderada equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «adiestrable». Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con

discapacidad cognitiva. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

- Déficit cognitivo grave, Coeficiente Intelectual 20-25 a 35-40.- Incluye el 3-4 % de los individuos con discapacidad cognitiva. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la “supervivencia”. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.
- Déficit cognitivo profunda, Coeficiente Intelectual 20-25.- Incluye aproximadamente en el 1 % y el 2 % de las personas con discapacidad cognitiva. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su discapacidad cognitiva. Durante los primeros años desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado.
(<http://www.slideshare.net/pauliitaasaes/deficit-cognitivo>)

- Discapacidades múltiples: Impedimentos simultáneos (tales como el retraso mental/ceguera, retraso mental/impedimentos ortopédicos, etc.), cuya combinación causa tales problemas educacionales que el niño no puede acomodarse en un programa de educación especial que trate un solo impedimento. El término no incluye a los niños sordo-ciegos.
- Impedimentos ortopédicos: Un impedimento ortopédico severo, el cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño. El termino incluye impedimentos

causados por alguna anomalía congénita (por ejemplo, los pies zopo, falta de algún miembro del cuerpo, etc.), e impedimentos causados por enfermedad (por ejemplo, la poliomielitis, tuberculosis, etc.), e impedimentos que resultan de otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones, y fracturas o quemaduras que causan contracturas). (<http://ortopedicosasistivos.blogspot.com/>)

- Otros impedimentos de la salud: Una condición que se caracteriza por falta de energía, vitalidad, o actividad, por causa de problemas de la salud, crónicos o agudos, tales como una condición cardíaca, tuberculosis, fiebre reumática, nefritis, asma, anemia falciforme, hemofilia, epilepsia, envenenamiento con plomo, leucemia, o diabetes, la cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño. (Asociación Americana de Psiquiatría. diagnóstico y Estadístico Manual. Ed.2011)
- Problemas emocionales serios: Una condición que exhibe una o más de las siguientes características, bien marcadas y a través de un largo periodo de tiempo, las cuales afectan adversamente el desempeño escolar: (A) la inhabilidad de aprender, la cual no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, ni de la salud; (B) la inhabilidad de formar y mantener relaciones interpersonales con los compañeros de escuela ni con los profesores; (C) un comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales; (D) un mal humor general, o una depresión; o (E) una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o escolares. El término incluye a los niños con esquizofrenia. El término no incluye a los niños que son mal ajustados socialmente, a no ser que se determine que estos tengan algún problema emocional serio. (Asociación Americana de Psiquiatría. diagnóstico y Estadístico Manual. Ed.2011)
- Problemas específicos del aprendizaje: La presencia de algún disturbio en uno o mas de los procedimientos psicológicos básicos comprometidos en la comprensión o uso del lenguaje, hablado o escrito, el cual puede manifestarse en una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, ortografía, o realizar cálculos matemáticos. El término incluye tales condiciones como los desórdenes perceptibles, lesiones cerebrales, disfunción cerebral mínima, dislexia, y afasia del desarrollo. El término no incluye a los niños que tienen problemas del aprendizaje que principalmente son el resultado de discapacidades visuales, auditivas o motrices, del retraso mental, de problemas emocionales, o de las desventajas culturales, económicas o ambientales. (www.noah-health.org/es/disabilities/learning/index.html)
- Impedimentos del habla: Un problema de la comunicación como, por ejemplo, el tartamudeo, un impedimento de la articulación, o un impedimento del lenguaje o voz, lo cual afecta adversamente el desempeño escolar del niño. (www.noah-health.org/es/disabilities/learning/index.html)

- Lesiones cerebrales traumáticas: Una herida al cerebro, causada por alguna fuerza física externa, lo cual resulta en una discapacidad funcional, total o parcial, o algún impedimento psico-social, o ambos, los cuales afectan adversamente el desempeño escolar.
- Impedimentos visuales (incluyendo la ceguera): Un impedimento visual, el cual, aun con su corrección, afecta adversamente el desempeño escolar del niño. El término incluye a los niños videntes-parciales y a los ciegos. (Asociación Americana de Psiquiatría. diagnóstico y Estadístico Manual. Ed.2011)

Dependiendo del nivel de gravedad de la discapacidad cognitiva, el sujeto se puede educar y capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad; puede dominar ciertas habilidades de lectura global, puede trasladarse a lugares desconocidos o familiares, puede aprender un oficio y trabajar en él, siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo.

1.2.4. Situación de los niños con discapacidad.

Dados los numerosos factores de riesgo que podrían afectar adversamente las condiciones de los niños o adolescentes con discapacidades, se hace necesaria la evaluación de su situación.

Un mapa de los riesgos, una evaluación de las condiciones de los niños con discapacidades incluye la identificación y movilización de los recursos y enfoques existentes para apoyar a los niños con discapacidades. La información dará la oportunidad de identificar a aquellos niños y adolescentes que requieren atención urgente para evitar el desarrollo o el deterioro de impedimentos. (Álvarez, 2007)

Para examinar hasta qué punto las discapacidades afectan a los niños y adolescentes, el personal humanitario debe indagar sobre la visión de discapacidad que tiene la comunidad y observar las maneras en las cuales el entorno social dificulta el acceso a los servicios o actividades disponibles y permite la participación de los niños con discapacidades. En el proceso de evaluación es necesario involucrar a la comunidad, asegurando la presencia de representantes de los refugiados, desplazados, personas con discapacidades y organizaciones.

Una acción rápida en la evaluación de necesidades; antes de que se pueda tomar acción para el tratamiento y rehabilitación, los discapacitados y otros que puedan estar en riesgo pueden ser identificados y se puede evaluar sus necesidades. Se puede realizar la identificación, clasificando a todos los recién llegados en aquellos que necesitan ayuda inmediata y aquellos que deberán recibir seguimiento posterior.

El responder adecuadamente a las condiciones de ejercicio de los derechos y a las necesidades de las personas con discapacidades requiere la adopción de una perspectiva de la discapacidad en la evaluación o diagnóstico de necesidades de la población.

El primer paso para descubrir más sobre una situación, son las entrevistas o pre-estudios para evaluarla y/o sus necesidades. Las personas con discapacidad y sus familias critican las entrevistas porque estas a menudo se concentran en los aspectos individuales de la discapacidad, en vez de hacerse preguntas sobre las barreras en la sociedad que en realidad podrían cambiarse. (www.acnur.org/biblioteca/pdf)

La observación de dificultades funcionales en vez de afecciones médicas puede proporcionar información útil como por ejemplo: Una niña que presenta dificultad para caminar puede no tener algo fácilmente remediable, pero quizás es más importante que tan feliz es ella, que oportunidades tiene para la educación y cómo la ve su familia. Al evaluar la situación de los niños con discapacidades, sería útil incluir en la información de la evaluación, como resuelven ellos, sus familias y sus comunidades las discapacidades en distintas situaciones, si se ha desarrollado localmente información sobre qué tipo de ayuda hay para los niños con discapacidad y que iniciativa pueden ser útiles probar en el futuro.

Para potenciar la adquisición de habilidades sociales deben de conocer las capacidades biológicas, mentales y sociales de cada individuo; para ello se requiere una evaluación inicial, se definen los objetivos a conseguir y se establecen los pasos que se van a llevar a cabo así como la retroalimentación, la generalización y el mantenimiento de los cambios conseguidos. Teniendo en cuenta todas estas nociones podemos idear un programa de actividades que pueda adaptarse a cada persona y así ayudar a su desarrollo intelectual. (www.acnur.org/biblioteca/pdf)

El logro de una aceptable calidad de vida de las personas con discapacidad y su mantenimiento, requiere de acciones que van desde promoción de la salud, prevención de discapacidad, recuperación funcional e integración/inclusión social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública, siendo relevante para el logro de la equidad, pero también es un derecho fundamental y por lo tanto una responsabilidad social.

1.2.5. Actitudes frente a la discapacidad.

Las actitudes reflejan la forma de actuar de la personas su comportamiento o modo de responder a la situaciones cotidianas de la vida.

Las actitudes hacia las personas con discapacidades varían en las diferentes culturas y religiones. Así, un impedimento que se ve como una discapacidad en una cultura puede no serlo en otra, dependiendo de la actitud de los gobiernos, instituciones, ONGs, maestros y padres. La Actitud está determinada por las supersticiones, los mitos, las nociones religiosas y la falta de comprensión. (www.arc-online.org/trnslations/discapacidad.doc)

La sociedad adopta posiciones erróneas frente a la discapacidad, creando las verdaderas limitaciones y obstáculos que impiden el desarrollo e independencia de quien nace o adquiere algún tipo de discapacidad.

Dependiendo del contexto familiar, social y cultural los niños con discapacidad pueden ser: ocultados por su misma familia como si fueran algún tipo de ser humano inferior, oprimidos, abusados y/o explotados. En algunas culturas, el tener un niño con discapacidad puede verse como vergonzoso, como castigo de Dios; puede haber incluso una creencia de que la discapacidad puede afectar a cualquiera que toque a la persona que la tiene. (www.arc-online.org/translations/spanish/Discapacidad.)

El ocuparse de los niños con discapacidades y sus familias, involucra ser consciente de las ideas y nociones preconcebidas sobre discapacidad que prevalecen en la comunidad local y trabajar con respecto a esas actitudes, incluso si no estamos de acuerdo con ellas. (www.arc-online.org/translations/spanish/Discapacidad.)

Frente a estas actitudes se desarrollan varios enfoques, que se pueden encontrar en una continua disyuntiva entre un modelo médico/individual, por un lado, y un modelo social, por el otro. Esta división de modelos es útil, especialmente en términos de comprender las actitudes subyacentes, así como para desarrollar un análisis de distintas perspectivas que incluyen los factores biológicos, individuales y sociales involucrados, sin embargo, no se puede confiar en los modelos como el único punto de partida para trabajar con la discapacidad, la realidad para cada niño, niña o adolescente con una discapacidad es más compleja y el enfoque adoptado tendrá que variarse de acuerdo a las circunstancias.

El enfoque individual/médico se basa en dos principios: primero, se considera que la discapacidad es un fenómeno individual, en el sentido que el problema se origina en la persona misma (él/ ella no puede ver o no puede caminar o no puede comprender); segundo, enfatiza la naturaleza médica de la discapacidad, ya que se cree que existen medidas objetivas para diagnosticar el impedimento y tratar la “anormalidad”. El impedimento, ya sea hereditario o resultado de la malnutrición, enfermedad, lesión o trauma, se percibe como la causa principal de la discapacidad y de la separación, exclusión o aislamiento que experimentan las personas con discapacidades en la sociedad. Por muchas décadas, este enfoque ha prevalecido en muchas sociedades y ha dado forma a las

políticas y servicios de manera correspondiente. [(Discapacidad. Acciones por los derechos de niños. Ed. 2010) (archivos Distrito de Salud #1)]

Dentro de este modelo, se ve la rehabilitación médica como la respuesta efectiva y su objetivo es corregir y compensar la desviación de las personas de lo que se percibe como normal, ayudando a la persona con discapacidad a lograr su potencial máximo para participar en las actividades cotidianas y sociales. Este tipo de rehabilitación requiere servicios e instituciones especializadas (educación especial, capacitación especial en comunicación), los cuales se basan en personal médico y a menudo en técnicas y herramientas de alto costo. [(Álvarez, 2007). (www.arc-online.org/trnslations/discapcidad.doc)]

Este modelo resalta, el vínculo que existe entre las limitaciones experimentadas por los individuos con discapacidades y el entorno que los rodea. De manera que no se vea como “problema” al discapacitado, sino por el contrario es la sociedad en la que habita que no presta las condiciones, impidiendo así su inclusión y desarrollo.

El desafío es entonces que la sociedad se ajuste o se acomode teniendo en cuenta la existencia de personas con discapacidades. En vez de apuntar a los individuos, las estrategias de rehabilitación se dirigen hacia la sociedad para hacerla más accesible para todos, asegurando la inclusión en las actividades y servicios sociales, las necesidades de las personas con discapacidades deben tomarse en cuenta explícitamente en las políticas, programas y proyectos desarrollados a nivel local y nacional. Las personas con discapacidades deben tener acceso a los servicios ordinarios, los cuales son fortalecidos por el apoyo de servicios especializados.

El modelo social de la discapacidad desafía el retrato negativo de las personas con discapacidades, lo cual es característico del modelo individual/ médico. Los movimientos y organizaciones se dirigen a visibilizar las capacidades de las personas con discapacidades. Ya que éstas, no sólo son capaces de desempeñar un papel activo en las actividades cotidianas y sociales sino también en la planificación de los servicios y programas. [(Discapacidad. Acciones por los derechos de niños. Ed. 2010) (archivos Distrito de Salud #1)]

Es importante dentro de ambos modelos la creación de estrategias la cual varía de acuerdo a la problemática que presenta cada comunidad, destacando que cada una de las estrategias que se planteen debe tener como principio la inclusión, involucrando a los niños con discapacidades en las actividades con otros niños, capacitando a los líderes, maestros, familias y la comunidad en general para que ellos sean sensibles a las necesidades promoviendo las habilidades y puntos fuertes de los niños discapacitados.

La inclusión implica que existan actividades planificadas para adultos y niños, la consideración sobre los adultos y niños con discapacidades sea automática. El término inclusión se refiere al mantenimiento del individuo en el entorno natural, evitando así la segregación inicial.

Una de las estrategias antiguamente usada para trabajar con niños discapacitados creada por la Organización Panamericana de la Salud llamada Rehabilitación basada en la comunidad, consiste en asistir a estos individuos y ayudarles a tomar parte de cualquier actividad desarrollada en su entorno. Desde este punto de vista esta estrategia busca la integración social, la participación y el empoderamiento de las personas con discapacidad.

La rehabilitación basada en la comunidad tiene como propósito cambiar la actitud del niño con discapacidad y de las personas en su entorno. Si uno puede hacer al niño con discapacidades más visible en la comunidad, también es más fácil hacer que se les acepte mejor. Los niños necesitan estar motivados para participar en todo lo que ocurra en la comunidad local y se debe posibilitar su participación. (www.arc-online.org/trnslations/discapacidad.doc)

Para que esta técnica sea positiva, la sociedad y familia en su conjunto debe estar comprometida lo que requiere que los padres, familiares y la comunidad reciban capacitación sobre cómo pueden ayudar y apoyar al niño.

“La rehabilitación basada en el hogar inicialmente se aplicó en áreas rurales y sólo después en áreas urbanas. Actualmente se está probando en distritos marginales y campos de refugiados o de desplazados internos. Y aunque ha tenido éxito en hacer que las personas con discapacidad sean visibles y se habilite su integración en la sociedad, todavía hay muchos obstáculos que superar, por ejemplo la participación en la toma de decisiones por parte de niños y adultos con discapacidad.” [(Carpenter, 2001)(www.arc-online.org/trnslations/discapacidad.doc)]

Los planes de educación, el crecimiento y desarrollo del niño básicamente es responsabilidad de los padres, el hogar es la base, el pilar de formación donde dará los primeros pasos, dependerá básicamente de su entorno de las herramientas y oportunidades que les proporcionen el desarrollo de su habilidades, lográndose a futuro ser un ser humano productivo para la sociedad además de dar cumplimiento a los derechos que rigen nuestras leyes.

Es importante revisar los siguientes términos relacionados con las leyes de los discapacitados:

- **Discriminación:** Toda distinción, exclusión o restricción arbitraria fundada en la discapacidad, y cuyo fin o efecto sea la privación, perturbación o amenaza en el goce o ejercicio de los derechos establecidos en el ordenamiento jurídico.
- **Cuidador:** Toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco.
- **Dependencia:** El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida. (www.arc-online.org/trnslations/discapcidad.doc)

Existen normas legales para la protección, desarrollo e inclusión de los niños con discapacidades, entre estas se encuentran: la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Convención de 1951, el Derecho Humanitario, los Principios Rectores sobre Desplazados Internos de Naciones Unidas, la Convención de Ottawa, las Normas de las Naciones Unidas sobre la Homologación de Oportunidades para las Personas con Discapacidades y la Declaración de Salamanca. Los niños con discapacidades disfrutan de los mismos derechos que los otros niños tal como se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño. (www.unesco.org/education/educprog/sne/indexhtml.)

El propósito de las reglas estándar de las Naciones Unidas es asegurar que las niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidades ejerzan los mismos derechos y obligaciones que otros. Aunque existe una serie de normas legales internacionales que pueden asegurar protección, desarrollo e inclusión efectivos de los niños con discapacidades siempre es necesario verificar el marco legal aplicable para un país específico incluyendo legislación nacional y regional. (www.unesco.org/education/educprog/sne/indexhtml.)

La Convención de los Derechos de los Niños (CDN): Dos artículos de la Convención mencionan a los niños con discapacidades específicamente:

- Artículo 2: Los estados parte respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales. (ONU, 1996-2010)
- Artículo 23: Se refiere a sus necesidades especiales: “los Estados Partes reconocen que un niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una

vida plena y decente en condiciones que aseguren la dignidad, promuevan la auto dependencia y faciliten la participación activa del niño en la comunidad” (ONU, 1996-2010).

Los derechos de las niñas o los niños con discapacidad no se limitan a aspectos referidos en el *artículo 23*, todo artículo que se refiere al “niño” también se aplica al niño con discapacidades. Los niños con discapacidades deben tener las mismas oportunidades de disfrutar un nivel de vida adecuado, tienen derecho a jugar, a expresar opiniones en asuntos que los afectan, a una familia, a un nombre y a una nacionalidad, pero además el derecho de acceder a la educación, a la atención de salud, servicios de rehabilitación y preparación para el trabajo.

Como el enfoque de la Convención es integral y todos los derechos se relacionan y son indivisibles, la convención constituye una herramienta poderosa para la protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

Normas de las Naciones Unidas: Hacia fines de los 60, las organizaciones de personas con discapacidades comenzaron a formular un nuevo concepto al respecto de la deficiencia, éste indicaba la estrecha conexión entre la limitación experimentada por las personas con discapacidades, el diseño y la estructura de sus entornos y las actitudes de la población general. En 1970, las iniciativas de las Naciones Unidas adoptaron el concepto internacional de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades y homologación de oportunidades para ellos, en 1975, la Asamblea General adoptó la “Declaración Sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas” (Resolución 3447 de la Asamblea General), que proclama la igualdad de derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad.

En 1983-1992, fue declarada la Década de las Naciones Unidas de las personas con discapacidad, por la Asamblea General. En 1999 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (CESNU) autorizó a la comisión para el desarrollo social a elaborar normas sobre la homologación de oportunidades para niños, adolescentes y adultos con discapacidad, esto se debía realizar en estrecha colaboración con las agencias especializadas de las Naciones Unidas, otros órganos intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, especialmente organizaciones de personas con discapacidad. (OMS, 2002)

Las Normas de las Naciones Unidas sobre la homologación de oportunidades para personas con discapacidad, adoptadas en 1993 (Resolución 48/96 de la Asamblea General), aunque no es instrumento legalmente vinculante, representa un compromiso moral y político fuerte de los gobiernos para tomar acción en lograr la homologación de oportunidades para personas con discapacidades.

“Homologación de oportunidades” significa el proceso a través del cual los distintos sistemas de la sociedad y el entorno, tales como servicios, actividades, información, etc. se ponen a disposición de todos, particularmente de las personas con discapacidades. El principio de derechos iguales implica que las necesidades de todos y cada uno de los individuos son de igual importancia y que los recursos se deben emplear de tal manera que se asegure que cada persona tenga igual oportunidad de participación. Las normas establecen la atención especial que puede ser necesaria hacia grupos como las mujeres, niños, ancianos y refugiados con discapacidades. (www.acnur.es/PDF/7058_20120508165937.pdf)

Declaración de Salamanca: En 1994 fue la reunión de gobiernos y representantes de varias agencias de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales en Salamanca, España para hacer progresar el objetivo de educación para todos, particularmente aquellos con necesidades educativas especiales, la Declaración de Salamanca sobre los principios, políticas y prácticas en educación para necesidades especiales reconoce el principio de inclusión y la necesidad de trabajar hacia escuelas que incluyan a todos, celebren las diferencias, apoyen el aprendizaje y respondan a necesidades individuales. (Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales. UNESCO 1994)

1.2.6. La familia del niño con discapacidad.

Uno de los primeros problemas por los que atraviesa el discapacitado es el momento de en qué busca vivir de la manera más autónoma e independiente en relación con la familia. La sobreprotección de los padres y/o tutores a menudo dificulta el desarrollo y crecimiento dentro de la sociedad, en la cual también existen muchas barreras y obstáculos que limitan el ejercicio de sus derechos a vivir, a compartir espacio un trabajo y vivienda al igual que el resto de individuos. (www.Discapacidad y familia.com)

Actualmente existen factores de preocupación frente a la capacidad familiar y de nuestra sociedad en acoger al discapacitado, pero también hay avances positivos en tecnología y conocimientos médicos en relación con este grupo vulnerable que revelan la posibilidad de recuperación y desarrollo a pesar de cualquiera de los defectos que presente lo que devuelve la esperanza de esperar un buen futuro para los niños discapacitados.

La educación del discapacitado: debemos entender que siempre existe la posibilidad y la necesidad de educar a los hijos discapacitados incluso en casos graves, con la ayuda y colaboración constante la ternura y el amor que brindan los padres y una familia atenta a

ellos, los niños pueden desarrollarse de modo que alcanzan un nivel máximo de autonomía e independencia. Hay que recalcar la importancia de la buena comunicación familiar presente en el hogar de manera permanente como los gestos de cariño las muestras de afectos una sonrisa, un beso, y toda la atención brindada, en los primeros meses de vida empieza la futura integración del discapacitado en la sociedad.

1.2.6.1. *Papel de la familia*

La familia constituye el mejor ambiente para el desarrollo personal del niño, especialmente cuando este posee limitaciones de sus capacidades, y por tanto más necesitado de cuidados amor y ternura; eso no quiere decir que el niño pase a constituir un peso o una carga para su familia. Por el contrario si desde el inicio es acogido como un hijo un hermano, dentro de la familia, el amor impartido hace que las dificultades sean ligeras y tolerables e incluso superables siendo una fuente de energía que nos enriquece y que incide en el desarrollo del niño en la comunidad, quien sabe a lo mejor sería el niño el próximo Beethoven.

“En las familias, además de luchar por el desarrollo de todas las capacidades del hijo con discapacidad, debemos continuar con nuestra independencia habitual. La familia no está discapacitada (Marisa Pérez Tejeda, madre de persona con discapacidad Art. Universidad Salamanca Colombia 2010)”.

La responsabilidad de la educación de los hijos corresponde a la familia, dentro de ella el amor y el ejemplo que estos den a sus hijos se verán reflejados en la sociedad e allí la importancia de mantener una familia estable integrada basada con principios y amor. La familia da sentido de seguridad al hijo, da nociones entre lo que es el bien y el mal, le muestra el valor de la existencia en el mundo le transmite la alegría que nace del amor dado y recibido. Pertenecer también a la familia enseñar el significado del dolor, el sufrimiento de las limitaciones y dificultades, por esta razón la familia no debe renunciar a esta responsabilidad ni dejar que las instituciones o educadores la asuman.

Toda agrupación familiar, independientemente de la presencia de discapacidad en uno de sus integrantes, debe pasar por distintos periodos en los cuales se producen incertidumbres y cambios. Estas incertidumbres se complican más y se tornan difíciles al tener que tomar múltiples decisiones con un hijo con discapacidad: la edad en la niñez, la adolescencia, la adultez. La duración de estos periodos varían, cada etapa es una experiencia distinta y a lo largo de todo este ciclo la familia experimenta cambios reacciones, emociones y

sentimientos en función de las nuevas responsabilidades que debe asumir originadas por las propias tareas del desarrollo y su inclusión en los distintos entornos ambientales sociales.

La situación que vive la familia puede empeorar cuando observan en su niño un desapego progresivo de las pautas generales de un desarrollo normal. En el caso del retraso mental va deteriorando a medida que el niño crece, sintiéndose los padres desilusionados y pesimistas. (www.familia/discapacidad.com)

1.2.6.2. Integración familiar del discapacitado.

El proceso de incluir a un niño con discapacidad en la familia empieza con la información y comprensión del diagnóstico, que anuncia o confirma la presencia de algún estado particular, pero que también le aporta tácticas y oportunidades para construir o transformar el futuro del discapacitado.

Existen varias actitudes negativas que los padres deben evitar para un buen desarrollo de los niños discapacitados.

- La primera actitud negativa es el rechazo indirecto ya que tratan de buscar respuestas del porqué de su mala suerte o de quien es el culpable, sentimientos encontrados que afectan el ambiente familiar.
- El temor actitud que nos pone de manifiesto la incapacidad de ver y aceptar la realidad lo que nos impide tomar decisiones, para adaptarnos y enfrentar la situación incluso ese miedo nos impide buscar los medios necesarios para resolver los problemas y dificultades.
- La resignación es también negativa, porque impide a la familia tomar una actitud positiva que incentive al niño repercutiendo en su desarrollo y sobre todo en su autonomía e independencia. Hay que recordar que los hijos somos el reflejo de nuestra familia y de ello depende que seamos útiles en la sociedad.
- Otra de las actitudes negativas y poco conocidas es la sobreprotección del hijo discapacitado, a simple vista esta actitud muestra dedicación y entrega al hijo. Pero al hacerlo todo le impiden cualquier grado de autonomía al discapacitado limitándolo a que despliegue sus cualidades y a valerse por sí mismo. (www.franciscanos.org/docecle/integraciondiscapacitados)

Cuando los padres reconocen la realidad de la discapacidad del niño se muestran felices a pesar de las dificultades, pueden hacer feliz a su hijo cualquiera que sea su discapacidad. La mayoría de las familias no tienen el comportamiento adecuado, son tan dependientes que en reuniones familiares o sociales sienten que estorban, se podría decir que no

comprenden lo que sucede y creen que lo mejor es no participar en fin miles de razones por lo que se limita dentro de su propio círculo familiar, lo que significa restringir sus aprendizajes, su capacidad de desarrollo emocional y cognitivo además que no se puede esperar que sea aceptado dentro de nuestra sociedad si su propia familia no le acepta y por último, sin saberlo, se puede estar incurriendo en una negligencia.

Todas estas familias viven un duro desafío, un proceso largo y difícil de aprendizaje con un niño con discapacidad en cada una de sus etapas como lo mencionábamos anteriormente más aun cuando los grados de discapacidad son severos y profundos ya sea en retardo mental, autismo, parálisis cerebral y otros déficit, pero deben asumirlo y hacer frente al futuro. Sacar adelante a un hijo discapacitado no es fácil pero tampoco imposible hay que disfrutar de lo maravilloso que puede ser tener junto a nosotros un niño especial lo que mucho que nos puede enseñar y mostrar pero de la familia depende que su desarrollo sea productivo dentro de la familia y la sociedad. (equipodeintegracion-social-lara.blogspot.com)

Debe crearse un ambiente familiar cercano y estimulativo. Los padres y/o tutores deben ser creativos e ingeniosos al momento de resolver problemas y generar soluciones. Conviene hacer partícipe a su hijo como si fuese cualquier otro, tratarlo con la mayor normalidad posible, así será normal no solo a los ojos propios sino también a los ajenos. Hay que tener presente que aunque el niño sea discapacitado y dependiente, también es un ser humano, igual que uno mismo que siente que tiene orgullo propio y dignidad por ello hay detalles que tener en cuenta como la vestimenta apropiada a la edad cronológica, mantener en reserva sus intimidades brindarle privacidad si no controla esfínteres o requiere ayuda para el aseo personal no permitir que cualquiera le mude solo ciertas personas y lo suficientemente cercanas, no hay que olvidar que exponerlo demasiado representa un riesgo para ellos.

La integración e inclusión empieza en la casa junto a la familia y los círculos cercanos que discapacitado o no, todos somos personas con los mismos derechos y nos debemos respeto los unos a los otros. (www.slideshare.net/troisi20/personas-con-discapacidad)

1.2.6.3. Cuidado de salud en el hogar del discapacitado.

El elemento central de la intervención va a ser el proceso de adaptación que experimentan las familias con un hijo con necesidades especiales. El proceso es extenso y doloroso, si las familias disponen de recursos y ayudas éstas pueden adaptarse, cumpliendo un gran esfuerzo en la que se interrelacionan factores emocionales y cognitivos, y seguir adelante. Este periodo de adaptación es algo dinámico en que nunca debe darse por terminado, ya

que a medida que el niño crece, empiezan situaciones nuevas que vuelven a requerir una nueva adaptación: al colegio, a la pubertad, a la formación profesional, etc. (www.unicef.org)

Por ello la familia debe buscar información adecuada en manos de profesionales que le orienten hacia el cuidado correcto del discapacitado que le facilite el crecimiento óptimo de autonomía e independencia.

De los cuidados del hogar del niño discapacitado depende la garantía de que este se mantenga saludable y crezca sano y feliz. Los niños con discapacidad que viven la experiencia de no ser aceptados por su padres o familia caen en la depresión sufriendo consigo la consecuencias de sentirse reprimidos o rechazados por lo que tienden a marginarse, a no participar de la vida cotidiana ni querer intervenir. (www.unicef.org)

El cuidado primordial de la familia al discapacitado es enfrentar y asumir con actitud positiva las fases de cambio que implica el crecimiento de ellos, descubrir y desarrollar los recursos con que cuenta la persona y la familia para mejorar su calidad de vida.

Consejos de cuidados en el hogar:

- Satisfacer las necesidades del niño discapacitado ayudándole a desarrollar sus cualidades.
- Mostrar interés por lo que hacen o necesitan brindándole afecto en todo momento ayudándole a superar sus temores.
- Establezca lazos de comunicación con un lenguaje sencillo, no se desespere al principio será difícil pero de a poco y con paciencia lograra el entendimiento de las necesidades del niño.
- Buscar ayuda profesional para superar las barreras que se presenten.
- Acuda siempre que lo requiera a los profesionales de salud ante los principales signos de alarma, no se ciegue a la realidad. (www.promocion-salud-familias-ninos-discapacidad)

La ayuda que deben brindar los profesionales para poder lograr la amplitud de desarrollo de los niños con discapacidad, es proporcionar información a las familias y la ayuda adecuada a su condición. Principalmente ayudarle a salir del bloqueo afectivo para afrontar su situación, consiste en ayudar a encontrar la actitud correcta haciéndolo con espíritu de servicio y solidaridad, de modo humano, usando un lenguaje claro de esta forma los padres podrán dar al niño el tipo de educación y tratamiento más conveniente a su situación, de tal

manera que ambos vivirán mejor y gozarán más de la vida si los padres y/o tutores cuidan sus necesidades emocionales y espirituales tan bien como las necesidades físicas.

Se debe trabajar también en la línea de mejorar la calidad del entorno emocional incrementando el nivel de expectativas, ya que muchos creen o dan por hecho que su hijo no desarrollara determinadas habilidades siendo como consecuencia de esta percepción la limitación de oportunidades que les ofrecen.

El cuidado más importante que los padres, la familia o hasta el mismo profesional brindara no tiene nada que ver con los medicamentos, baños etc. Un gesto de Amor es lo primordial.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de Involucrados.

GRUPO Y/O INSTITUCIÓN	INTERÉSES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMA PERCIBIDOS
DISCAPACITADOS DE LA PARROQUIA COLÓN	Protección, seguridad y solución a sus problemas sociales.	Recursos: - Humanos. - Padres de niños discapacitados - Niños discapacitados - Maestrante - Personal de Salud - Comunidad - Materiales. - Bolígrafo - Cámara digital - Archivos - Enfocus Mandato: Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades. (Constitución de la República del Ecuador) TÍTULO VII Régimen del Buen Vivir Art. 340.- Inclusión y equidad	Conflicto para relacionarse con el entorno y autocuidado.
PADRES Y/O TUTORES DE LOS DISCAPACITADOS	Brindar una mejor atención a los discapacitados, que incremente la calidad de vida.	Recursos: - Humanos. - Padres de niños discapacitados - Niños discapacitados - Maestrante - Personal de Salud - Comunidad - Materiales.	Dificultades y desconocimiento del cuidado diario de los niños discapacitados. Escasa colaboración y apoyo familiar. No aceptación de la patología que

		- Bolígrafo - Cámara digital - Archivos - Enfocuse Mandato: “Proteger y asegurar el respeto y el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, Participando en planes de mejoramiento de sus estilos de vida para prevenir el maltrato y/o enfermedades que limiten su calidad de vida”. (Art.3.3 Ley orgánica de Discapacidades) TÍTULO VII Régimen del Buen Vivir Art. 340.- Inclusión y equidad	presenta.
--	--	--	-----------

GRUPO Y/O INSTITUCIÓN	INTERÉSES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMA PERCIBIDOS
FAMILIAS DE LA COMUNIDAD	Que el niño discapacitado reciba atención integral con calidad y calidez en base a la satisfacción de sus necesidades.	Recursos: • Humanos. - Padres de niños discapacitados - Niños discapacitados - Maestrante - Personal de Salud - Comunidad • Materiales. - Bolígrafo - Cámara digital - Archivos - Enfocuse - Impresora Mandato: El mandato institucional impone a las familias la responsabilidad de educación y salud de los menores siendo	Sobreprotección a los niños discapacitados. Minimización del problema. No se le da la importancia debida a la problemática.

		ejes del desarrollo de sus miembros en la comunidad (Art.3 obligaciones de la familia Decreto 1860 OPS OMS)	
CENTRO DE SALUD COLÓN	Conseguir la máxima efectividad en la protección integral del discapacitado, la prevención de los riesgos y la defensa y garantía de sus derechos.	Recursos: • Humanos. - Padres de niños discapacitados - Niños discapacitados - Maestrante - Personal de Salud. - Comunidad • Materiales. - Bolígrafo - Cámara digital - Archivos - Enfocuss Mandato: “Brindar atención y prevenir los problemas de salud del habitante de colón y sus áreas de influencia, en una forma integral sin discriminación de origen étnico, condición socio-económica, sexo, edad, o creencia religiosa buscando la equidad, eficiencia y calidad. (Archivos del s.c.s Colón 2011) Art. 3 Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de	Familiares no aceptan discapacidad del niño. Discapacitados malnutridos y con riesgos de morbilidad.

		calidad. (Ley orgánica de discapacidades del Ecuador)	
MAESTRANTE	Diseñar y ejecutar el proyecto de tesis para dar solución a la problemática existente. Mejora de la calidad de vida del niño discapacitado.	Recursos: • Humanos. - Padres de niños discapacitados - Niños discapacitados - Maestrante - Personal de Salud - Tutora de tesis - Comunidad de Colón • Materiales. - Bolígrafo - Cámara digital - Archivos - Enfocuse • Financieros Mandato: “Buscar la verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad”. (Guía didáctica UTPL 2011)	Tutores desorientados y deprimidos por las condiciones del discapacitado. Déficit de conocimiento de los padres y/o tutores frente a las necesidades del niño discapacitado.

2.2. Árbol del problema



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños discapacitados de la parroquia Colón.			
PROPÓSITO: Familias de niños discapacitados de la parroquia Colón del cantón Portoviejo con integración en el cuidado del hogar.	Hasta el 31 de Agosto 2013 se pretende que el 100% de los tutores y personal de salud manejen adecuadamente al discapacitado	Fichas domiciliarias. Evidencias fotográficas Datos de los riesgos detectados en las visitas y su evolución. Historias clínicas.	Tutores e instituciones predispuestos a mejorar la calidad de vida de los discapacitados.
RESULTADOS			
1. Atención domiciliaria a los niños discapacitados de la parroquia Colón.	Hasta el 22 de diciembre 2012 se ejecutara el 100% de atención domiciliaria a los niños discapacitados con la participación activa de los involucrados.	Método utilizado documentado. Registro de visitas domiciliarias a los discapacitados.	Participación activa de los prestadores de salud en el diseño del programa.
2. Padres y/o tutores capacitados sobre el cuidado en el hogar, con integración familiar.	Hasta el 30 de Marzo 2013 el 85% de los tutores y padres de familia se capacitan sobre el manejo adecuado del discapacitado.	Cronograma del taller y registro de asistencia. Evidencia fotográfica. Oficios enviados y recibidos para los talleres de capacitación.	Interés y predisposición al desarrollo de conocimientos.
3. Padres y/o tutores encargados del cuidado del discapacitado con conocimientos y organización establecida.	Hasta el 15 de Agosto 2013 se las estará conformado un comité de tutores de discapacitados coordinando al 100% actividades de integración y rehabilitación para el niño con discapacidad.	Oficios de convocatoria a los padres y/o tutores de los discapacitados. Acta de conformación del comité de tutores. Evidencia fotográficas.	Predisposición de los tutores y autoridades de salud en la organización del comité.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADOS N° 1: Programa de atención al niño discapacitado de la parroquia Colón fortalecido.			
1.1. Socialización de la propuesta de tesis con el líder del distrito del Área de Salud N° 1 para su aprobación en el S.C.S. Colón Entrega y recepción de oficios de aprobación del proyecto de tesis.	✓ Maestrante ✓ Líder del Distrito de Salud #1	08/08/2012	Computadora Papel Esferos: \$40
1.2. Difusión de la propuesta de tesis en la comunidad. - Firma de actas de compromiso - Diseño de un programa de atención a niños discapacitados	✓ Maestrante ✓ Líder de la comunidad ✓ Equipo de Salud	12 de Agosto 2012 al 1 de Septiembre 2012	Computadora Papel Esferos: \$80
1.3. Planificación de la atención domiciliaria a los niños discapacitados en la comunidad - Visitas domiciliarias - Atención medica programada y de seguimiento	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	2 de Septiembre 2012 al 22 de Diciembre 2012	Computadora Papel Esferos: \$200
1.4. Guía de autocuidado para el cuidador del discapacitado. - Elaboración de guía de autocuidado. - Entrega de guía a padres y/o tutores de los discapacitados.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	5 – 14 de Noviembre 2012	Computadora Papel

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO N° 2: Padres y/o tutores capacitados sobre el cuidado en el hogar con integración familiar.			
2.1. Entrevista con el Director para coordinación y conocimiento de la capacitación a los tutores de los discapacitados.	✓ Maestrante ✓ Líder del Distrito#1 ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	14/09/2012	Computadora Papel Esferos: \$80
2.2. Planificación del seminario-taller. • Traslados, movilizaciones y ayudas técnicas. Higiene postural. • Prevención de accidentes en el hogar. • Consejos básicos sobre higiene. • Consejos básicos sobre alimentación. • Instituciones y beneficios. • Rol de la familia en el proceso de desarrollo de discapacitados. • Autoestima. • Pautas básicas de comunicación. • Cómo manejar las alteraciones de comportamiento.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	20/09/2012	Computadora Papel Esferos: \$80
2.3. Ejecución, evaluación, entrega de certificados y clausura del seminario-taller.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	02 al 04 de Octubre 2012	Computadora Papel Esferos: \$200
2.4 Supervisión a los tutores sobre el cuidado en el hogar del discapacitado	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	15 Noviembre 2012 al 29 Marzo 2013	Computadora Papel Esferos: \$50

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO N° 3: Padres y/o tutores encargados del cuidado del discapacitado con organización establecida.			
3.1. Entrega de invitación a los padres y o tutores de los discapacitados para reunión con los mismos.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	04/10/12	Computadora Papel Esferos: \$50
3.2. Firmas de acta de compromisos y creación del club de padres y/o tutores de discapacitados.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	05/10/12	Computadora Papel Esferos: \$100
3.3. Vinculación de alianzas estratégicas.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	Enero - Febrero 2013	Computadora Papel Esferos: \$50
3.4 Evaluación al club de padres y/o tutores de discapacitados.	✓ Maestrante ✓ Familias de los discapacitados ✓ Equipo de Salud	Noviembre 2012 al 15 de Agosto 2013	Computadora Papel Viáticos Esferos: \$200
TOTAL			\$1130,00

CAPITULO III
RESULTADOS
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Resultado N° 1.- Atención domiciliaria a los niños discapacitados de la parroquia Colón.

3.1.1. Socialización de la propuesta de tesis con el líder del distrito del Área de Salud N° 1 para su aprobación en el Sub Centro de Salud de la parroquia Colón.

El día 8 de agosto del 2012 se hizo entrega del respectivo oficio al Líder del Distrito del Área N° 1, Dr. Brucker García, para solicitar autorice la realización del proyecto de tesis “Integración Socio-Familiar de Niños Discapacitados, Orientado al Cuidado de la Salud en el Hogar en la Parroquia Colón Cantón Portoviejo” Año 2012”, la cual refirió que acepta la solicitud y brindó el apoyo necesario. (Ver imagen N° 4)



Imagen 4.Entrega de Oficio de aprobación de la propuesta

3.1.2. Difusión de la propuesta de tesis en la comunidad, firma de actas de compromiso y atención a niños discapacitados.

El día 8 de agosto del 2012, se hizo entrega del respectivo oficio a la Jefa de Enfermería del Centro de Salud Colón, Lic. Jacqueline Gorozabel Mg. G.S., comunicando la autorización del Distrito del Área N° 1, Dr. Brucker García., para la ejecución del proyecto sobre “Integración Socio-Familiar de Niños Discapacitados, Orientado al Cuidado de la Salud en el Hogar en la Parroquia Colón Cantón Portoviejo”, quien refirió su colaboración y apoyo. Además de sugerir nuevas visitas para la facilitación de datos estadísticos, a su vez sugiriendo ideas para la ejecución del trabajo y estableciendo el apoyo de todo el equipo de Salud. (Ver imagen N° 5)



Imagen 5. Aprobación de la propuesta por la líder del S.C.S-Colón.

El día 27 de agosto del 2012, a las 14:00 horas, se realizó la firma del acta de compromiso entre la líder del C.S. Colón, Lic. Jacqueline Gorozabel Mg.Gs. la maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, Lic. Judith Quijije y la integración con el líder de la comunidad Ing. Alfredo Macías. (Ver imagen N° 6)

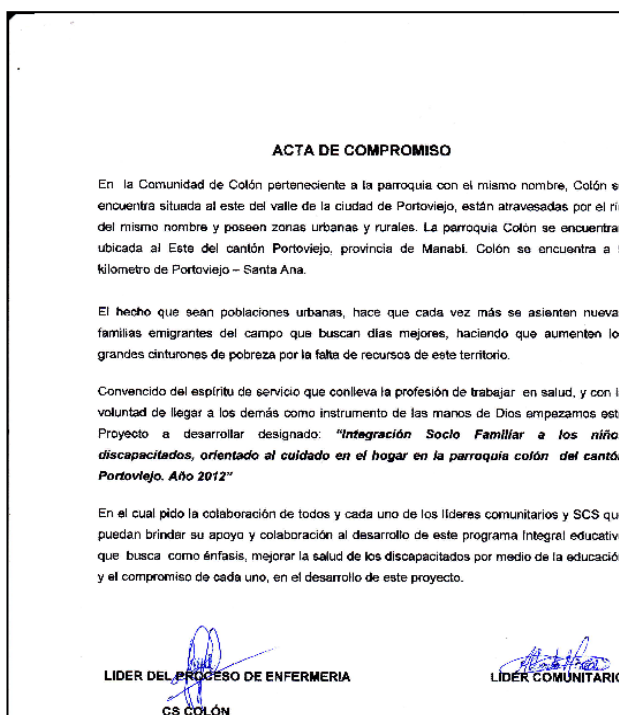


Imagen 6. Acta de compromiso entre la líder del S.C.S. Colón Maestrante, y la integración con el Líder de la comunidad.

Se diseña un programa de atención al niño discapacitado (Ver apéndice N° 5) y realizan charlas educativas a la comunidad y a los tutores de los discapacitados para difundir el proyecto a ejecutarse. (Ver imagen N° 7)

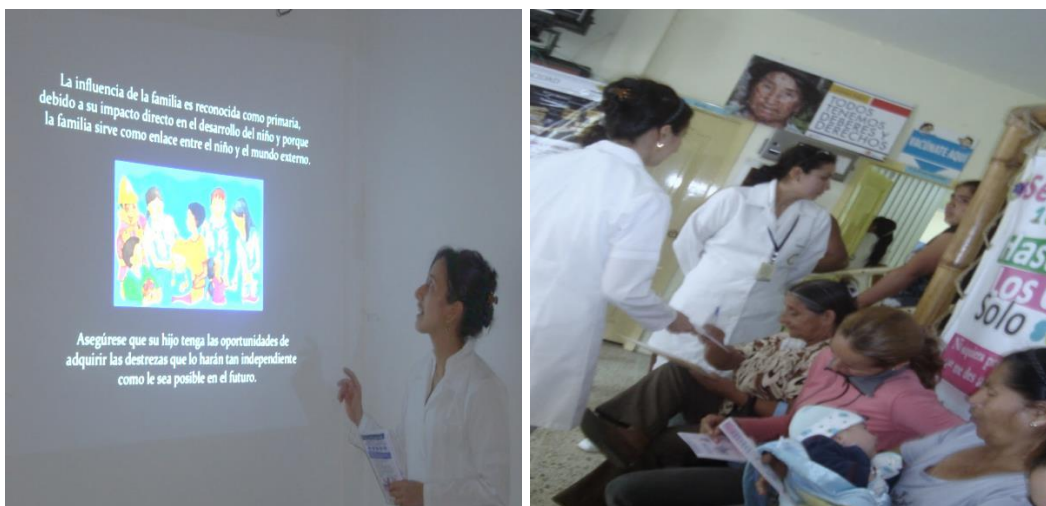


Imagen 7. Charlas educativas como difusión del proyecto a ejecutarse en el S.C.S. Colón

3.1.3. Planificación de la atención domiciliaria a los niños discapacitados en la comunidad.

Dentro de esta actividad en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre se realizaron visitas domiciliarias, donde se brindó atención integral a los niños discapacitados que pertenecen al sub-centro de salud de Colón para conocer e identificar a las madres y/o tutoras y sus riesgos, haciéndoles partícipes de dicho proyecto. (Ver imagen N° 8)



Imagen 8. Atención médica a los discapacitados y sus tutores.

Atención medica de programada y de seguimiento que incluyo inmunización, evaluación nutricional y revisión odontológica (Ver imagen N° 9)



Imagen 9. Atención odontológica a los discapacitados

3.1.4. Guía de autocuidado para el tutor o cuidador del discapacitado.

Se elabora una guía de autocuidado que es aplicada y entregada a los tutores encargados de la atención del niño discapacitado, para que sirva de pauta frente a los cuidados diarios de su niño y la protección, prevención de riesgos de ambos. (Ver imagen N° 10) Bajo los lineamientos de esta guía se realiza la evaluación de la atención en el hogar del niño discapacitado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD

PARA EL DESARROLLO LOCAL

“Guía para padres y/o tutores de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colón, cantón Portoviejo. Año 2012”

Autora:

Quiijje Mera, Judith Elizabeth

**COORDINACION ZONAL DE SALUD No 4-MANABI
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL ESPECIALIZADO No 3**

Oficio No 012 CRIE #3 -CSZ4-2014

Portoviejo, 14 de marzo de 2014

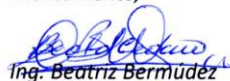
Señor
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Ciudad

De mi consideración:

Por medio de la presente doy a conocer a usted que la tesis titulada **"Guía para padres y/o tutores de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colon, cantón Portoviejo. Año 2012"** por la Srta. Quijije Mera Judith Elizabeth con cedula No 131203435-6, una vez indicada las correcciones pertinentes por nuestros profesionales consideramos que dicho plan de manual es válido para su aplicación.

Sin otro particular me suscribo de usted

Atentamente,


Ing. Beatriz Bermúdez

ADMINISTRADORA DEL CRIE#3



PRESENTACION

Como impulsadoras de la salud nos corresponde dar respuestas a las necesidades de las personas, familia y ciudadanía en general. Los y las cuidadores y familiares que dedican la mayor parte de su tiempo a cuidar a una persona discapacitada dependiente son objeto de reconocimiento y apoyo en su labor de cuidadora.

En el complicado momento que atraviesa nuestra sociedad y los equipos de salud este tipo de acciones se hacen imprescindibles. Desde los centros de salud se hace frente a los desafíos que la realidad nos presenta, configurándose a los(as) cuidadores de discapacitados como un grupo focal de intervención. Los proyectos dirigidos a estos cuidadores y familiares como son los grupos de autoayuda proporcionan los mecanismos de autocuidado.

Favorecer el dialogo y el intercambio de experiencias desde la perspectiva de los grupos de autoayuda, proporcionar a los cuidadores una plataforma para cuidarse a sí mismos, restablecer las relaciones sociales y mejorar su calidad de vida.

Las personas cuidadoras son el pilar del sistema de provisión de los cuidados a las personas con discapacidad por ello esta guía pretende apoyarles asesorarles y facilitarles con recomendaciones orientaciones y sugerencias sencillas y básicas a cuidar a su familiar y hacerse cargo de su autocuidado.

Con una buena planificación cuidándose a sí mismo y conociendo las tareas a realizar con su familiar, su labor será más fácil.

Cuidar de sus propias necesidades es tan importante como hacerlo con su familiar, porque el bienestar de él depende directamente del bienestar de usted.

AUTOCUIDADOS

El autocuidado implica cuidarse a sí mismo. Es importante reflexionar sobre su importancia ya que esta permite equilibrar el cuidar con el cuidarse, atendiendo a su niño discapacitado pero sin olvidarse de usted.

Recuerde que si cuida sin cuidarse, a lo largo del tiempo tendrá serias repercusiones que afectaran a su propio bienestar y al de la persona cuidada, un individuo cansado y/o enfermo no podrá brindar la atención que requiere todo niño con discapacidad y/o necesidades especiales. El autocuidado evitara futuras complicaciones en ambos.

La mayor parte de nuestro tiempo lo dedicamos a cuidar a nuestro familiar dejando de lado nuestro cuidado. Debemos estar consiente de conocer como nos afecta esta tarea.

A continuación describimos los posibles síntomas de alerta:

- Problemas físicos (palpitaciones, molestias digestivas, dolores de huesos y articulaciones, etc.)
- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía
- Aislamiento
- Aumento o disminución del apetito
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse
- Cambios de humor. Enfados fáciles y frecuentes
- Menor interés para actividades familiares y sociales
- Pérdida de deseo sexual
- Despreocupación por su imagen física

¿Qué hacer?

- Pedir ayuda a su familia y déjese ayudar
- Recorra a servicios o instituciones de ayuda para el desarrollo de discapacitado
- Reciba información y ponga en práctica los cuidados o actuaciones a realizar por los profesionales de salud que le visitan
- Controle su energía; repóngase cuando se esté agotando
- Aliméntese a buena hora, si es posible antes de darle de comer a su familiar. Llevando una alimentación adecuada equilibrada.
- Realice ejercicios o caminatas en horas disponible

- Recuerde que necesita descanso y distracción
- Relájese cuando lo necesite
- Duerma lo suficiente
- Evite el aislamiento mantenga amistades
- Controle los enfados e irritabilidad, ve programas de tv que le haga reír
- Organice su tiempo. Que tengo que hacer? Que tiempo tengo? Que puedo esperar y que es imprescindible que haga? Por lo tanto organícese priorice.
- No se exija más allá de lo que puede brindar a su paciente.
- Despójese de los sentimientos de fracaso y culpabilidad
- Fortalezca su área espiritual. Practique meditación.

Autocuidado físico

Las repercusiones físicas que suelen aparecer en las personas cuidadoras son las derivadas de una mala postura y afecta el sistema musculo esquelético.

Una buena mecánica corporal supone el uso del cuerpo de manera eficaz y cuidadosa.

Consejos a seguir:

- Mantenga el cuerpo siempre bien alineado.
- Use los músculos más fuertes y grandes (hombros, muslos, caderas y parte superior de los brazos).
- Mantenga al familiar cercano al cuerpo, tanto al levantarlo como a moverlo.
- Evite doblarse innecesariamente, use los brazos y las manos al levantar y movilizar.
- Gire todo el cuerpo al cambiar de dirección del movimiento.
- Evite ir encorvado, controle su peso.
- Duerma de espalda con una almohada debajo de la rodilla o de costado con las rodillas dobladas sobre un colchón firme.
- Al estar de pie, coloque un pie más adelante que el otro.
- Al sentarse use sillas bajas para que apoye sus pies en el piso y no queden flotando.
- Recuerde: espalda recta, piernas flexionadas, pies separados y uno ligeramente delante del otro.
- Consultar al médico del centro de salud correspondiente, cuando tenga un dolor de espalda.
- Utilizar camas y sillas más altas de lo normal que faciliten la movilización del paciente.

Movilizaciones

Cambio posturales en personas con limitaciones físicas.

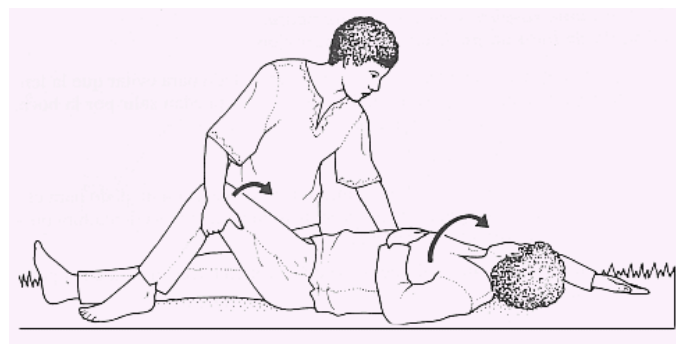
Cambio de postura en la cama

1. Doblar el brazo más cercano de la posición que queremos colocar y cruzarlo sobre el cuerpo.
2. Cruzar las piernas
3. Poner el brazo izquierdo debajo de la nalga del familiar en forma de palanca.
4. Colocar el brazo derecho bajo el hombro del familiar alcanzando la axila, ejerciendo palanca.
5. Empujar utilizando los brazos de palanca, haciendo rodar al familiar hacia la posición donde nos encontremos, colocándose donde nos encontramos colocándole de ese lado.



Si el discapacitado colabora procederá

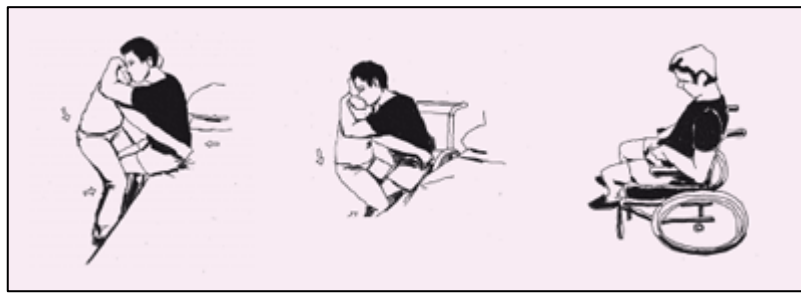
1. Cruzar el brazo sobre el cuerpo. Con el otro indicar al familiar que se agarre a la cabecera de la cama.
2. Cruzar las piernas
3. Hacer que levante la cabeza y gire hacia el brazo que agarra la cama.
4. Empujar con la mano la espalda del familiar hasta conseguir la postura lateral deseada.



Manera de ayudar al levantarse de la cama:

1. El discapacitado boca arriba y la cuidadora del lado hacia donde se dirigen los pies.
2. Cruzar los brazos sobre el cuerpo

3. Cruzar las piernas
4. La persona cuidadora coloca una mano en la base del cuello y la otra por encima de las piernas cruzadas.
5. Con la mano que sujeta los pies se tira hacia fuera de la cama y con la otra mano que sujeta el cuello se empuja, pivoteando el familiar.
6. Al acabar el movimiento una mano sostiene la espalda y la otra las piernas. El familiar se encuentra sentado al borde de la cama.
7. Se coloca la silla cerca de la cama.
8. La cuidadora o cuidador le agarra por la cintura. Este pone los pies sobre el piso y en ese instante el cuidador realiza un giro con el familiar, flexionando las rodillas mientras el realiza un movimiento de bajada hacia la silla.
9. mientras el realiza un movimiento de bajada hacia la silla.



Forma de trasladar de la cama a la silla de rueda.

La cama debe estar al nivel más bajo.

Sujete la rodilla del paciente entre sus dos piernas.

INCORPORACIÓN EN LA SILLA: PERSONA CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE O SEMIDPENDIENTE

Posición inicial de la persona con discapacidad.

Incorporación desde la parte posterior de la silla
Presionando horizontalmente con las manos la pelvis del paciente, haciendo fuerza con las piernas e inclinando el cuerpo hacia delante

Incorporación desde delante de la silla
Piernas flexionadas.
Presión con la rodilla.
Contrapeso del cuerpo.

Mecánica corporal en el traslado del niño con limitación física

Controlar el estrés

A continuación te damos algunas recomendaciones para controlar el estrés:

Elabore una lista por orden de importancia y establezca un horario al principio del cada día.

Tómese breves descansos, con intervalos regulares a lo largo del día

Vigilar siempre su postura y controle que no está tensa y que su cuerpo está bien apoyado

Consuma alimentos sanos. Limite la cantidad de estimulantes y toxinas (café, dulces, tabaco)

Una buena alimentación le ayudara a combatir el estrés

Antes de acostarse le ayudara a conciliar el sueño beber una infusión de té de valeriana o tila ligeramente azucarada (si no es una persona con diabetes)

Acuéstese, al menos media hora antes de lo habitual y levántese un cuarto de hora antes de lo necesario.

Realice ejercicios por la mañana o por la noche

No se exija a si mismo lo que otros no pueden hacer

Con respeto al familiar, trate en todo momento de conservar la serenidad

El descanso y dormir el tiempo suficiente

Para ello se aconseja:

- ✓ Mantener horarios de sueño y vigilia regular
- ✓ Hacer alguna actividad física puede ser caminar 20 minutos diarios
- ✓ Intentar relajarnos antes de dormir (baño, leche caliente, etc.)
- ✓ Utilizar ropa cómoda
- ✓ No comer demasiado antes de dormir
- ✓ Orinar antes de acostarse
- ✓ Si hay algún problema o enfermedad consultar al médico del centro de salud más cercano.

Alimentación adecuada para el discapacitado

Una alimentación se considera sana cuando es variada (frutas, carnes, verduras, pescado) equilibrada agradable y repartida a lo largo del día.

Las proteínas se encuentran en las carnes, aceites, legumbres, pescados y frutos secos.

Los hidratos de carbono se encuentran en las frutas los helados, miel, zumos, refrescos, pan, pastas, arroz, verduras, hortalizas, cereales y legumbres.

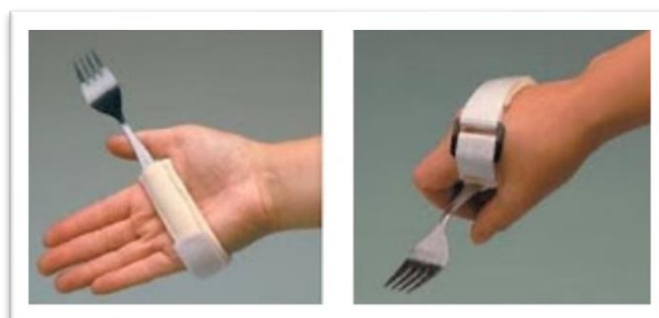
Los alimentos ricos en fibra son: pan integral, arroz integral, maíz, legumbres y frutos secos y verduras de hojas verdes.

- Hay que respetar los horarios y preferencias de las personas en la medida de lo posible.

- Hay que preparar los alimentos según la capacidad de masticación y deglución de la persona con discapacidad.
- Fraccionar la dieta en 4 o 5 comidas
- Es recomendable comer sentado o semi-sentado
- Se procurara q coma de forma lenta, sin prisas, evitando atragantamiento o cansancio
- La comida más ligera del día será la cena
- Reducir el consumo de grasas y comidas ricas en colesterol
- Reducir la ingesta de sal
- Mantener la ingesta correcta de líquidos beber al menos litro y medio de agua en el día.
- Las limitaciones en los niños con parálisis cerebral infantil, por la falta de control de cabeza tronco y extremidades implica manipulación inadecuada de utensilios y para realizar el proceso de alimentación. Razón por la cual es necesario una buena postura a la hora de comer.



Posición a la hora de comer



Ajustador de utensilio para comer

Tipo de Dieta

DESAYUNO	- Leche semidescremada o descremada - Pan integral o cereales - Queso
MEDIA MAÑANA	- Fruta o infusión
ALMUERZO	- Pasta, arroz o legumbres - Carne poco grasa o pescado - Ensaladas de vegetales - Frutas
MERIENDA	- Yogurt - Galletas o tostadas
CENA	- Sopa, pastas o verduras - Pescado, queso o huevo - Frutas
AL ACOSTARSE	- Leche caliente o infusión

- ✓ Pan, cereales, arroz, pastas y patatas: 4 raciones al día
- ✓ Verduras: > 2 raciones por día
- ✓ Frutas > 3 raciones por día
- ✓ Leche, yogur y queso o derivados: 2-4 raciones por día
- ✓ Carnes, huevos, pescado y legumbres: 1-2 raciones por día.

Para el cuidador:

Anteriormente mencionamos alimentación equilibrada sus componentes y en los alimentos recomendados. La falta de autoestima está relacionada con la alimentación inadecuada, no nos importa nuestra salud nuestro aspecto. Por lo tanto si somos cuidadores tenemos que cuidarnos para ejercer y seguir con nuestra función.

Esta alimentación equilibrada variara la cantidad de acuerdo al estado nutricional del niño discapacitado y así mismo de sus cuidadores que se evaluara en los controles médicos además de detectar oportunamente patología alguna.

HIGIENE

La observación directa y diaria del cuidador al realizar actividades de la higiene personal del estado de piel, comunicando al profesional de salud correspondiente, es uno de los pasos más importantes para evitar úlceras por opresión o abordarlas en las primeras fases.

Se debe revisar las zonas enrojecidas después de estar un rato sin apoyo, rozaduras, pequeñas heridas, ampollas zonas húmedas, pliegues y zonas de presión óseas.

La piel siempre debe mantenerse limpia y seca, se procederá al aseo diario con agua templada, jabón neutro si es posible, abundante agua en el enjuague y secado meticuloso

sin frotar. Recuerde no usar ningún tipo de alcoholes (romero, colonias sin alcohol preferiblemente, no polvos de talco)

Para la hidratación de la piel se utilizaran cremas hidratantes hasta su absorción completa, evitando las lesiones masajear las zonas enrojecidas.

Siempre procurar que la ropa de cama y de vestir del paciente, serán de tejidos naturales (algodón, hilo) procurando estén estiradas sin arrugarse.

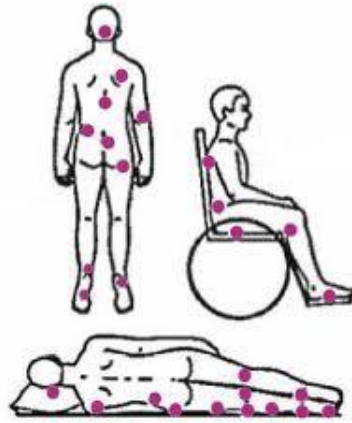
Discapacitados con limitaciones físicas:

Úlceras por presión

Llamadas escaras o heridas. Son lesiones de la piel producidos por la presión prolongada en una misma zona. Las causas que producen estas heridas son debido a la inmovilidad, la obesidad, la malnutrición, o la incontinencia urinaria y fecal entre otras.

Cuáles son los cuidados para su prevención

- Examine diariamente el estado de la piel observado rojeces, grietas o palidez excesiva.
- Lavar la piel con jabones neutros, enjuagar y secar sin restregar.
- Mantenga la piel hidratada con cremas, aceites mediante masajes para favorecer la circulación sanguínea.
- Usar ropa interior de algodón de preferencia y que no apreté.
- Que el discapacitado con limitaciones físicas permanezca encamado el menor tiempo posible. Anímele a la deambulaci3n si pudiere el caso y a los ejercicios de movilizaci3n por lo menos 2 veces al d3a.
- Realice cambios posturales cada 3 o 4 horas ayudándose con cojines, muletas. Utilice colchones de aire y protectores de tal3n y codo.
- Haga el cambio de pañales necesarios al d3a, ens3ñele y practique formas de comunicaci3n en el aviso de necesidades biol3gicas.
- Ayúdele al discapacitado a ser independiente en la medida de lo posible.
- Mantenga una alimentaci3n rica en prote3nas.
- Mantenga una buena ingesta de l3quidos
- Si apareciera alg3n tipo de signo de alerta contactarse inmediatamente con el profesional de salud.



Los puntos indican las zonas de presión

¿Que debe evitar?

- Usar alcoholes sobre la piel.
- Mantener siempre la misma posición.
- Cambiar en horas prolongadas los pañales húmedos.
- Arrugas humedad excesiva y restos de alimentos en las sábanas.

Cuidados respiratorios

¿Qué discapacitado necesita cuidados respiratorios?

- Personas diagnosticadas con patologías respiratorias como bronquitis asma.
- Personas que presentan dificultad para eliminar las secreciones acumulándose esta en los pulmones.
- Personas con antecedentes de convulsiones y/o epilepsias.

¿Qué hacer?

- Mantenerlo en una posición confortable preferible semisentado. Elevación de la cama a 30 grados para que respire mejor
- Usar ropa cómoda holgada de fácil apertura.
- Abra la ventana para que se renueve el aire de la habitación
- Brindar abundantes líquidos para mantener hidratados, acudir a los controles médicos y dar en el horario determinado la medicina.
- Practicar ejercicios de terapia respiratoria en la medida de lo posible.

A continuación te enseñamos el drenaje postural:

Drenaje postural

El drenaje postural es una manera importante de tratar la bronquiolitis (hinchazón y demasiada mucosidad en las vías respiratorias de los pulmones). Cuando se realiza el drenaje postural, usted adopta una posición que le ayuda a sacar el líquido de los pulmones. El médico le puede recomendar este tipo de drenaje. Éste puede ayudar a:

- Tratar o prevenir una infección
- Facilitar la respiración
- Prevenir más problemas con los pulmones

Un terapeuta respiratorio, una enfermera o un médico deben mostrarle la mejor posición.

Cómo realizar el drenaje postural

El mejor momento para realizar el drenaje postural es antes de una comida o 1 ½ hora después de ésta, cuando el estómago está más vacío.

Adopte una de las siguientes posiciones:

- Sentado
- Acostado boca arriba, boca abajo o de lado
- Sentado o acostado con la cabeza horizontal, arriba o abajo

Permanezca en la posición por el tiempo que el médico le haya indicado (normalmente al menos 5 minutos). Póngase ropa cómoda y use almohadas para estar lo más cómodo posible. Repita la posición con la frecuencia que el médico le haya indicado.

Inhale lentamente a través de la nariz y luego exhale por la boca. Exhalar debe tomar más o menos el doble de tiempo que inhalar.

Percusión o vibración

El médico también le puede recomendar realizar percusión o vibración.

La percusión puede ayudar a disolver los fluidos espesos alojados en los pulmones. Ya sea usted mismo u otra persona le da palmadas en las costillas mientras está acostado. Esto lo puede hacer con o sin ropa sobre el pecho:

- Forme una taza con la mano y muñeca.

- Dé golpes con la mano y muñeca contra el pecho (o pídale a alguien que le dé palmadas en la espalda, si su médico así lo indica).
- Se debe oír un sonido retumbante o de estallido, NO un sonido de palmada.
- No golpee con tanta fuerza que provoque dolor.

La vibración es como la percusión, pero con una mano plana que hace estremecer las costillas suavemente.

- Tome una respiración profunda y luego sople con fuerza.
- Con una mano plana, haga estremecer suavemente las costillas.



Estos ejercicios no se deben hacer en casa sin antes haberlo practicado o realizado con un profesional de salud.

A la hora de bañarlos recuerde:

- Si el niño tiene discapacidad visual o auditiva y/o ambas, se puede asustar mucho cuando lo pone al agua. Por ello cuando lo haga salpique su mano con agua por unos segundos antes de ponerlo en el baño y al mismo tiempo le dice que llegó la hora del baño esto le ayudara a prepararse para la rutina del baño. Si usted sigue la misma rutina cada vez que lo baña gradualmente el niño se acostumbrara y sabrá lo que le espera.



Higiene personal

- Si el niño tiene limitaciones físicas debe usar sillas o tinas especiales de acuerdo a las necesidades del discapacitado tomando en cuenta las recomendaciones dadas por el fabricante o el especialista quien le ayudara en otros aspectos como por ejemplo precauciones de uso, limpieza de los dispositivos y posicionamiento del cuerpo.



Utensilios de baño

Niños hipertónicos (rígidos)

El niño que tiene un exceso de rigidez en los músculos necesita ser relajado antes de bañarse. Muévelo los brazos y las piernas de manera suave lenta y constante haciendo movimientos rotatorios y flexionados.

Cuando le bañe realice estos mismos movimientos y díglele la próxima cosa que le va hacer antes de comenzar a realizarlo y use cuentas de agua fría.

Niños hipotónicos (débiles o con los músculos sueltos)

Utilice posición de relajación

Los niños con los músculos sueltos necesitan tener el tono muscular aumentado en el momento del baño. Si su médico está de acuerdo debe bañar al niño con agua a temperatura normal y consultar técnicas de aumento de tono muscular. Lávele de manera vigorosa y puede darle golpecitos suaves en la espalda con una toalla mojada.



Sugerencias:

Como lavar las manos apretadas

- Empuje suavemente la muñeca hacia abajo mientras usted voltee el brazo entero hacia afuera.
- Luego ponga su pulgar entre el pulgar y el dedo índice del niño. Tenga cuidado de conservar la mano con la palma posicionada hacia arriba.
- No trate de abrirle los dedos al niño a la fuerza esto lo pone más tiesos.

Cómo lavar las piernas que están tiesas

Para lavar entre las piernas q están fuertemente cruzadas

- Primero voltee las piernas del niño hacia fuera y después dóblele las caderas del niño, teniendo cuidado de controlar al niño al nivel de las rodillas – no abajo de ellas. Entonces usted puede lavar al niño fácilmente entre las piernas apretadas.
- No trate de separarle las piernas por jalarle los tobillos al niño, esto hace más tiesas las piernas y pone en tensión los huesos.



Puntos clave al momento de vestir

Cuidado Bucal

Los niños con discapacidades presentan más riesgos de presentar problemas de la salud bucal, por lo que requieren cuidados especiales dependiendo de otros para conservar una buena salud oral.

¿Por qué tienen mayores riesgos?

Las patologías bucales frecuentes como caries o enfermedades de las encías afectan a todos los niños. Pero los niños con discapacidades tienen más riesgos ya que dentro de su limitación pueden tener problemas como por ejemplo; problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento y problemas para tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, convulsiones.

Estas complicaciones representan obstáculos para el cuidado de la boca, y hace que estos niños tengan mayores riesgos de desarrollar problemas bucales.

- Condiciones bucales: Algunos problemas genéticos pueden provocar defectos en el esmalte de los dientes, pérdidas de dientes y mala alineación de los dientes (hipoplasia, hipocalcificación etc.). Los niños con síndrome de Down o parálisis cerebral infantil, a menudo sufren de enfermedades en las encías.
- Limitaciones físicas (síndrome de Down, Parálisis cerebral infantil): Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción natural de la limpieza de la lengua músculos de las mejillas y labios volviéndoles más propensos a desarrollar caries.
- Niños con dificultad para cepillarse, como los que padecen de parálisis cerebral infantil o que tiene lesiones en la espina dorsal, distrofia muscular.
- Niños que usan medicamentos endulzadas por largo tiempo les pueden salir caries incluso algunos medicamentos para prevenir ataques pueden causar hinchazón o sangramiento de encías. (como por ejemplo niños con problemas de convulsiones, epilepsia, esquizofrenia)

¿Por qué puede su niño necesitar un cuidado bucal especial?

Los niños pueden requerir de un cuidado bucal especial si tiene algunas de las siguientes condiciones: Epilepsia o convulsiones, labio o paladar leporino, Síndrome de Down, anomalías estructurales (en la cabeza, cara y/o boca), Parálisis cerebral infantil, discapacidades de aprendizaje o desarrollo, autismo, problemas de visión (invidente) u oído (hipoacusia, cofosis).

¿Cuándo se debe suponer que existen problemas de salud bucal?

Cuando el niño tiene un problema de salud bucal, puede mostrar alguno de los siguientes síntomas: rechina los dientes, se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos, cambia de comportamiento (tocarse dentro o alrededor de la boca, los dientes, las mandíbulas y mejillas), tiene mal aliento o dientes manchados.

¿Cuáles son los problemas comunes de salud bucal?

- Los factores genéticos, el crecimiento de la mandíbula, la acción muscular y los medicamentos pueden determinar cuándo los dientes van a salir por primera vez. Este proceso puede atrasarse, acelerarse o ser inconstante, a algunos niños los primeros dientes primarios les salen recién a los dos años de edad. Es común que los niños con problemas de desarrollo tengan caries, además de problemas con la dieta y la higiene bucal, la alimentación prolongada con biberón y los efectos secundarios adversos de ciertos medicamentos contribuyen a la caries de los dientes.
- Las enfermedades periodontales ocurren más a menudo y a una edad más temprana en niños con problemas de desarrollo. El crecimiento en exceso de las encías por el uso de medicamentos para las convulsiones, la presión alta y los sistemas inmunológicos débiles, también pueden contribuir al desarrollo de caries.
- La oclusión defectuosa (cuando los dientes posteriores e inferiores no encajan bien y están amontonados) ocurre en muchos niños con problemas de desarrollo. Esto puede estar relacionado con anomalías musculares, salida tardía de los primeros dientes, o falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando los dientes no están bien alineados, resulta difícil masticar y hablar, y aumenta el riesgo de enfermedades periodontales, caries y traumatismo bucal.
- Los hábitos dañinos pueden resultar problemáticos para los niños con discapacidades y necesidades especiales. Algunos de los hábitos más comunes son: hacer rechinar o apretar los dientes, acumular alimentos en la boca, respirar por la boca, sacar la lengua, tocarse las encías o morderse los labios.
- Las anomalías de los dientes afectan a muchos niños discapacitados. Estas anomalías pueden variar en la cantidad, tamaño y forma de los dientes.
- El trauma y las lesiones en la cara y boca por caídas o accidentes ocurren más frecuentemente en los niños que tienen retardo mental, convulsiones, parálisis cerebral, reflejos de protección anormales o falta de coordinación muscular.

Consejos a seguir:

- Los adultos pueden propagar los gérmenes que provocan caries. No ponga nada en la boca del niño que haya estado en su propia boca.
- Recuerde que los niños, particularmente los que tienen discapacidades y necesidades especiales, necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien.
- Si el niño tiene problemas para agarrar el cepillo de dientes, coloque cinta adhesiva alrededor del mango del cepillo para que sea más grueso y fácil de agarrar. También existen cepillos con formas especiales.
- Una buena nutrición, si es buena para el cuerpo, es también buena para la boca. Los refrescos, bebidas azucaradas, caramelos y otros dulces o alimentos que contienen azúcar pueden causar caries.
- Usar fluoruro reduce las caries, así que cepille los dientes usando un poco de crema dental con fluoruro.
- Son importantes las visitas al dentista de forma regular.
- Prevenga las caries por causa del biberón: no deje al niño durmiendo con el biberón en la boca, si el biberón tiene algo que no sea solo agua.
- Limpie la lengua de su bebe cada vez que de biberón o cuando lo requiera. Lo puede hacer con un paño de tela suave humedecido con agua hervida.
- Un adulto siempre será el responsable de cepillar los dientes del niño con discapacidad, siempre y cuando su discapacidad no se lo permita. Si no por el contrario será deber enseñarle a cepillarse los dientes correctamente hasta que aprenda día a día. (a partir de los 2 años de edad)
- En algunos casos la tarea se vuelve más difícil cuando el niño no coopera. Una clave para hacerlo es hablarle con cariño pero con autoridad, también puede premiarle con algo que le guste siempre y cuando no sean golosinas porque estas dañan le dañaran sus dentaduras.

¿Cómo lavar los dientes?

Para realizar una buena higiene bucal es importante buscar la posición en la que el niño y usted pueda limpiar las piezas dentales de la manera correcta.

A continuación sugerimos las siguientes:

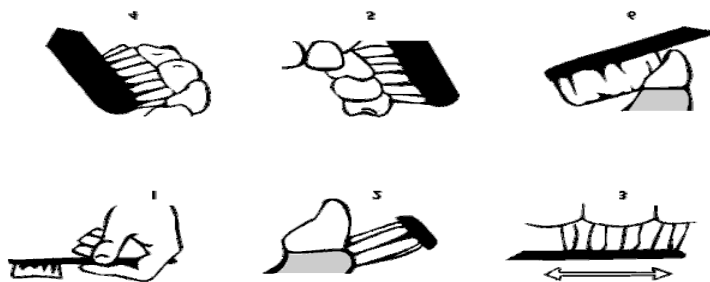
- Acostado: Sobre la cama de él recuéstelo con la cabeza en su regazo. Si se niega o se mueve bruscamente, pida a algún familiar que le ayude para que sujete las piernas y brazos.

También puede acostarlo en el suelo sobre una alfombra y coloque una almohada para que sostenga su cabeza. Usted deberá estar arrodillado y colocarse por detrás de su cabeza y sostenerla.

- Sentado: el niño sentado en su silla, usted se colocara por detrás de la silla y sujetar la cabeza de él hacia atrás apoyándola sobre su cuerpo.

¿Cómo realizar la higiene bucal?

- Coloque las cerdas del cepillo a 45 ° de la encía. Presione suavemente sobre los dientes haciendo movimientos circulares.
- No olvide colocar poca pasta dental en el cepillo para evitar mucha espuma que dificultara la limpieza además de que el niño pueda tragarla o atragantarse.
- El agua que utilice para enjuagar los dientes debe ser tibia, deberá enseñar a su niño a enjuagarse bien y escupir toda el agua para evitar problemas estomacales o manchas dentales por exceso de flúor
- En caso de que su niño no colabore con el enjuague, deberá lavar y enjuagar de a poco sus dientes, puede hacerlo con ayuda de una esponja o algodones absorbiendo toda la espuma y el agua cuidadosamente.
- Cepille las piezas dentales superiores hacia abajo y las inferiores hacia arriba para limpiar todas las bacterias y residuos. Sin olvidar la lengua, cepíllela suavemente para que el niño no sienta náuseas.



Forma de lavar los dientes

Comunicación

Hay que establecer pautas de comunicación entre el cuidador y la persona con discapacidad en especial con los niños autistas ya que esto facilita las tareas tanto de cuidador como el autocuidado

¿Cuáles son las ventajas de una buena comunicación?

- Mantiene un buen clima familiar
- Hace sentirse mejor tanto a la persona cuidadora como la persona cuidada.
- Fomenta la autonomía del familiar cuidado.
- Facilita la resolución de los problemas familiares

Pautas para mantener una buena comunicación:

Siempre que su familiar no tenga problemas cognitivo importante y que exista disponibilidad de ambas partes procure:

- Elegir un lugar adecuado: permanecer en un ambiente tranquilo, al lado o en frente del interlocutor, y si es posible a la misma altura para que puedan verse bien.
- Escuchar atentamente. Prestar atención a lo que la otra persona dice.
- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Dejar tiempo para responder dejarlo intervenir
- Aceptar un No por respuestas
- Transmitirle afecto a su familiar. Utilizar contacto físico y la sonrisa.
- Facilitarle la expresión de sus emociones y preocupaciones. No le mienta. Bríndele confianza y busque temas de conversación, léale cuentos.
- Mostrar interés por las necesidades y deseos familiar.

Niños sordos:

- Tener paciencia
- búsqueda de las vías más adecuadas para la adquisición del lenguaje (sistema bimodal, dactilológico, MOC, lengua de signos...)
- a nivel lingüístico (permitirle que cometa errores, repetir las veces que sea necesario, usar amplificadores, hablarle de frente, llamarle con un toque ligero, antes de hablarle no hablar sino está mirando.
- durante la conversación (no comunicarse con palabras sueltas, vocalizar bien, no tener nada en los labios, construir frases sencillas, dar tiempo para escucharle, ayudarle a tomar parte de las conversaciones.)
- percepción auditiva: aislamiento acústico de la vivienda, electrodomésticos silenciosos.
- percepción visual: buena iluminación para facilitar la lectura labial, ampliar campos de visión.

Niños afásicos:

- Simplificar el lenguaje a través del uso de oraciones cortas y sin complicaciones.
- Repetir el contenido de las palabras o señalar palabras claves para aclarar el significado de la oración, según sea necesario.
- Mantener un tipo de conversación natural y apropiada para un adulto.
- Minimizar al máximo las distracciones, como por ejemplo el ruido de una radio, siempre que sea posible.
- Incluir a la persona con afasia en las conversaciones.

- Preguntar y valorar la opinión de la persona con afasia, especialmente con respecto a los asuntos familiares.
- Estimular cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, gestual, señalando o dibujando.
- Evitar corregir el habla del individuo.
- Permitirle a la persona con afasia todo el tiempo que necesite para conversar.
- Ayudar al individuo a participar en actividades fuera del hogar. Busque grupos de apoyo como las comunidades de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular.
- Prestar más atención a todos los elementos comunicativos de naturaleza no verbal que el paciente pueda transmitirnos

Niños con discapacidad visual

- El primer paso es buscar institución de ayuda para desarrollar de acuerdo a la edad todas las potenciales del niño mientras más temprano se busque ayuda profesional más autodependiente será.
- Cuénteles cuentos
- Ayúdele a reconocer la casa, y sus alrededores, no olvide que el cuerpo desarrolla otros sentidos a falta de uno.
- Trátelo de lo más normal posible, no le sobreproteja.
- Enséñele a identificar objetos con las manos.
- Adecue su hogar a manera de protegerlo de caídas o accidentes.
- Enséñele a realizar por si solo actividades diarias como comer, ir al baño etc.
- Camine con el mientras enseña a reconocer lugares de la casa. Deje que recorra tramos cortos.
- Practique juegos con los demás familiares, por ejemplo ir al parque deslizar por el tobogán.
- A partir de los 30 meses el niño sin visión con paciencia y ayuda de los padre podrá aprender a comer

Debemos comprender que todo niño con discapacidad necesita atención especializada donde participe activamente los miembros de la familia porque de ellos dependerá que la persona con cualquier tipo de discapacidad desarrolle al máximo sus habilidades y sean en la medida de lo posible independientes.



Autocuidado emocional y psicológico

Para cuidar nuestro cuerpo necesitamos también tener una mente sana

La depresión el estrés y la ansiedad son problemas de salud que amenazan al cuidador (a) y familiares.

El aislamiento, los pensamientos erróneos, los sentimientos de culpa, son actitudes y comportamientos del cuidador que lo introducen en un bucle cuya única salida es la enfermedad.

¿Qué hacer?

Confrontar los pensamientos erróneos

A continuación algunos de los pensamientos erróneos que solemos tener:

- Es egoísta atender mis necesidades y cuidar de mí mismo
- No me hace falta pedir ayuda para cuidar. Yo puedo con todo
- Yo soy la única responsable del bienestar de mi familiar con dependencia
- Si yo no hago las tareas que hay que hacer nadie las hará
- Nadie cuida tan bien a mi familiar como yo mismo

Estos pensamientos son erróneos e inadecuados por los siguientes motivos

- No es egoísta cuidar de uno mismo. Cuidarse significa también cuidar mejor a nuestro familiar y no comprometer nuestro futuro a las consecuencias problemáticas que implican las tareas propias de la cuidadora.
- La persona cuidadora principal no tiene por qué enfrentar sola todos los problemas que aparecerán como consecuencia de los cuidados al familiar. Nadie es un superhombre o súper mujer y toda la ayuda que podamos recibir solo conllevara beneficios para todas las personas implicadas en el entorno de cuidados inclusive el discapacitado.
- Una carga excesiva de responsabilidades no es saludable ni asumible a largo plazo. Distribuir las responsabilidades sobre todos los aspectos que implica cuidar a un niño con discapacidad es necesario y positivo.

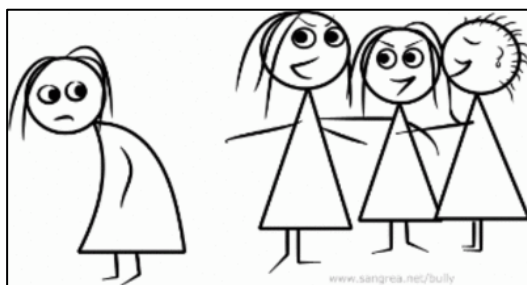
- A buen seguro el bienestar de su familiar con discapacidad le importa a mucha gente. Seguramente estas personas estén felices de ayudarlo en los cuidados y sentirse también protagonistas del bienestar de su familiar

Evitar el aislamiento

Muchos de los cuidadores descuidan sus amigos familiares y entorno por el exceso de trabajo y tiempo dedicado a su familiar con discapacidad que requiere cuidados intensos. Por este motivo existe el aislamiento, pero también el sentimiento de culpa que desencadenan los pensamientos erróneos.

Siempre debemos de tener presente que por mucho que nos empeñemos no somos seres aislados debemos buscar ayuda y soporte familiar además de hacer y lograr la independencia en la medida de lo posible al niño discapacitado apoyándole para que desarrolle al máximo sus potencialidades cualidades y virtudes que no solo le sorprenderán si no que le harán sentir orgulloso, siendo parte productiva para la sociedad.

- Recuerde siempre cuidar su autoestima que quiere decir cuidarse a sí mismo, si usted cuida a su familiar por amor pues piense que para seguir cuidándolo debe cuidarse usted mismo si usted se enferma no podría seguirle brindando su apoyo.
- Arme un plan de actividades diarias, aproveche en hacer lo que le gusta en el tiempo en que su niño toma su siesta o en tal caso se encuentre en compañía de algún familiar o este asista alguna escuela, estableciendo estrategias para ello tómese su tiempo analice su situación y de cómo puede mejorarla siempre hay una solución para cada problema busque la ayuda necesaria usted y su familia son lo mas importante.



NO al aislamiento

Siempre debemos de tener presente que por mucho que nos empeñemos no somos seres aislados debemos buscar ayuda y soporte familiar además de hacer y lograr la independencia en la medida de lo posible al niño discapacitado apoyándole para que

desarrolle al máximo sus potencialidades cualidades y virtudes que no solo le sorprenderán si no que le harán sentir orgulloso, siendo parte productiva para la sociedad.

- Recuerde siempre cuidar su autoestima que quiere decir cuidarse a sí mismo, si usted cuida a su familiar por amor pues piense que para seguir cuidándolo debe cuidarse usted mismo si usted se enferma no podría seguirle brindando su apoyo.
- Arme un plan de actividades diarias, aproveche en hacer lo que le gusta en el tiempo en que su niño toma su siesta o en tal caso se encuentre en compañía de algún familiar o este asista alguna escuela, estableciendo estrategias para ello tómese su tiempo analice su situación y de cómo puede mejorarla siempre hay una solución para cada problema busque la ayuda necesaria usted y su familia son lo más importante.

Instituciones donde su familiar con discapacidad puede recibir ayuda

- ✚ Unidades de Salud (centros y sub-centros)
- ✚ S.C.S. Colón calle 10 de Agosto y portoviejo Telf: 2421-061
- ✚ Distrito de Salud N#1 (Andres de Vera) calle Vicente Macias y Paulina Sabando 2632-412
- ✚ Centro de Salud Andres de Vera. Calle Vicente Macias y Paulina Sabando 2639-761
- ✚ Conadis: Direc. Av. Manabi, Ciudadela Puerto Real telf: 052634-834, Email info@conadis.gov.ec (Carnetizacion del discapacitado).
- ✚ Centro de Reabilitacion Integral Especializado #3 (anteriormente / INNFA) Avenida Manabí a los lados de Hospital IESS Portoviejo. Telf: 2630-238
- ✚ MIES: Av. Manabí y Francisco Pacheco 052631-881 052639-060
- ✚ Instituto de educacion especial Maria Buitron Zumarraga telf: 052449-686. Avenida Manabi a los lados del Centro de rehabilitacion integral especiliazada #3 (antes INNFA).





Imagen 10. Entrega y educación de Guía a los tutores.

3.2. Evaluación del indicador del resultado 1: Atención domiciliaria a los niños discapacitados de la parroquia Colón.

Indicador:

Hasta el 22 de diciembre 2012, se ejecutará el 100% de atención domiciliaria a los niños discapacitados con la participación activa de los involucrados.

Para el cumplimiento de este indicador se contó con la participación activa de los prestadores de salud, se realizaron visitas domiciliarias a los niños discapacitados brindando una Atención Integral. (Ver imagen N° 11 y 12)

Cronograma de Atención Programada y Seguimiento						
Tipo de Atención	Octubre		Noviembre		Diciembre	
	Programada	Seguimiento	Programada	Seguimiento	Programada	Seguimiento
Atencion Medica general	12	30	21	21	9	33
Atencion Nutricional	12	4	21	7	9	1
Atencion Odontologica	12	0	21	4	9	2
Inmunizacion	0	3	0	0	0	1
*Atencion Especializada	0	6	0	12	0	12

*La atencion especializada es recibida en Centro de rehabilitacion #3, Hospitales, etc.. Por ello se hace seguimiento

Imagen 11. Tipos de Atención Programadas y de seguimiento a los niños discapacitados y tutores

CRONOGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS A LOS DISCAPACITADOS							
		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Beneficiario	Lugar	Programada	Seguimiento	Programada	Seguimiento	Programada	Seguimiento
ANCHUNDIA PARRAGA BRYAN	Mapasingue	X			X		X
ARGANDOÑA LOOR LEONIDAS		X			X		X
GARCIA MERA ROLANDO		X			X		X
ZAMBRANO CORDOVA ANGELA		X			X		X
BARBERAN OCHOA WILLINGTON		X			X		X
MACIAS CEDEÑO JORGE LUIS		X			X		X
MERA LOPEZ ISABEL		X			X		X
MERA PINCAY NAYELY		X			X		X
GARCIA CEDEÑO JESSICA		X			X		X
ZAMBRANO ALVAREZ GUIDO		Pachinche	X			X	
MACIAS MERA MARYURY	X				X		X
AGUAYO HIDALGO CARLOS	Calle Francisco		X	X			X
AGUAYO HIDALGO PATRICIA	Miranda		X	X			X
CELORIO SORNOZA HECTOR	Calle 30 de Septiembre		X	X			X
LOOR OCHOA ANGELA LUCIA			X	X			X
FERNANDEZ MERA RAMON	Calle Portoviejo		X	X			X
PINARGOTE MAITTA RICHARD			X	X			X
PISFIL MERA RONNY MAURICIO	Via Santana		X	X			X
ALCIVAR QUIROZ GEMA	Loma Linda		X	X			X
MACIAS CEVALLOS WILVER	Mocora		X	X			X
MIELES CELORIO ALVARO			X	X			X
MERO DELGADO LUIS			X	X			X
MOLINA ALCIVAR RAMON			X	X			X
CUSME CELORIO GEMA			X	X			X
ALAVA MOREIRA ERICK			X	X			X
FERNADEZ MOREIRA CRISTHIAN	La Cantera		X	X			X
CEDEÑO MOREIRA GEMA	Estancia Vieja		X	X			X
ARTEAGA GUADAMUD ILIANA	El Pollo	X			X		X
NAVARRETE QUIROZ SERGIO	San Pedro		X		X	X	
MOREIRA VELEZ JOSE MIGUEL			X		X	X	
CEDEÑO MORAN TONY MICHAEL			X		X	X	
MERA ZAMORA MARIA	Pepa de uso		X		X	X	
SILVA ZAMBRANO NARCISO	San Ignacio		X		X	X	
MORRILLO CEDEÑO ANA			X		X	X	
BAZURTO AGUAYO ROSITA			X		X	X	
VINCES SORNOZA MIRIAM			X		X	X	
RODRIGUEZ MERCHAN JIMMY			X		X	X	
QUIJIJE WIERINGA RINNY	El Cady		X	X			X
MACIAS CEVALLOS JHONNY			X	X			X
MACIAS CEVALLOS KELVIN			X	X			X
BRIONES SOSA MARIA			X	X			X
PARRAGA CEDEÑO KENDY			X	X			X
TOTAL		12	30	21	21	9	33

Imagen 12. Cronograma de visitas programadas y de seguimiento los niños discapacitados, por sectores

Tabla 8. Niños discapacitados según sexo atendidos en el S.C.S Colón

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	25	59,52
FEMENINO	17	40,48
TOTAL	42	100,00

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

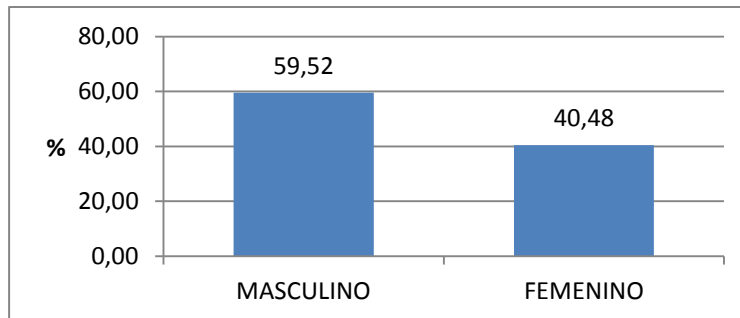


Figura 8 Distribución por sexos niños discapacitados

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje de niños discapacitados atendidos en el Sub-Centro de Salud de la parroquia Colón es masculino con el 59,52% y en menor porcentaje el femenino 40,48%.

Tabla 9. Grupo etáreo de los niños discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	%
0-5 años	14	33,33
6-10 años	9	21,43
11-15 años	10	23,81
16-20 años	9	21,43
TOTAL	42	100,00

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

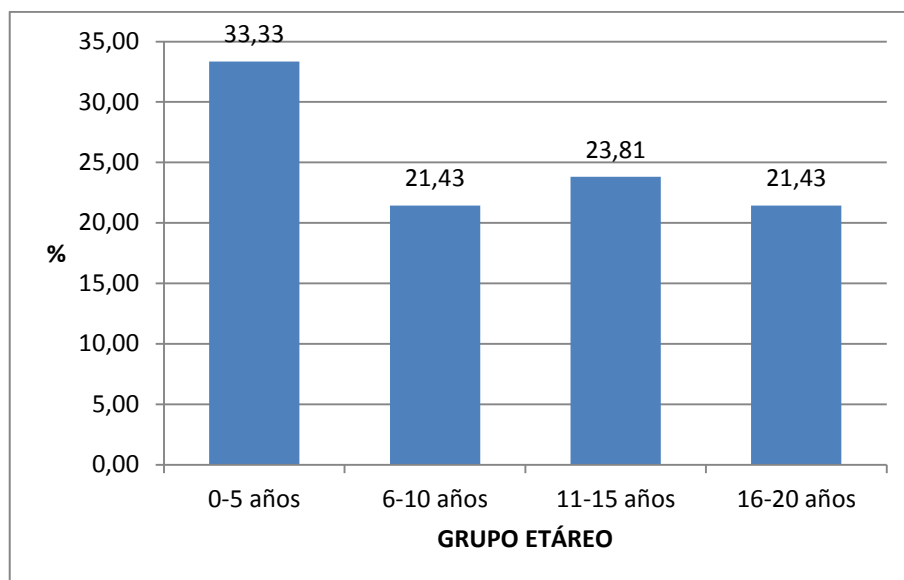


Figura 9. Grupo etáreo de los niños discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón
Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el grupo etáreo de mayor frecuencia es el comprendido de 0 a 5 años con el 33,33%, seguido de los de 11 a 15 años con el 23,81%, y de 6 a 10 años con el 21,43% así como los de 16 a 20 años.

Tabla 10. Tipo de discapacidad de los niños atendidos en el S.C.S Colón

TIPO DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
INTELECTUAL	11	26,19
FISICA	20	47,62
FISICA/INTELECTUAL	2	4,76
MENTAL	2	4,76
AUDITIVA	3	7,14
AUDITIVA/FISICA	2	4,76
PSICOLOGICA	1	2,38
VISUAL	1	2,38
TOTAL	42	100,00

Fuente: Estadísticas del S.C.S. Colón
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

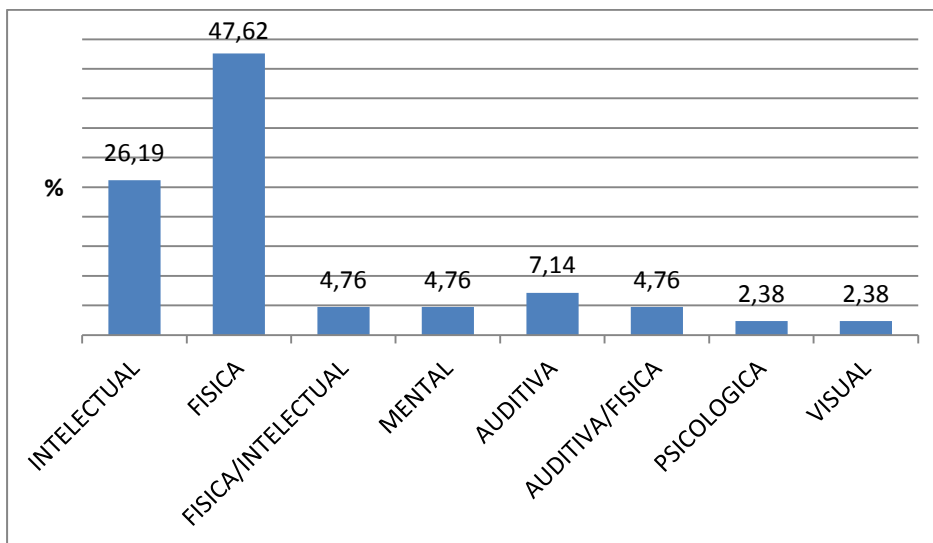


Figura 10. Tipo de discapacidad de los niños atendidos en el S.C.S Colón
Fuente: Estadística del S.C.S. Colón

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el tipo de discapacidad con mayor frecuencia es el de los que padecen discapacidad física con el 47,62%, seguido de los de discapacidad intelectual con el 26,19%, auditiva con el 7,14%, física/intelectual, mental y auditiva/física con el 4,76% y por último los de discapacidad psicológica y visual con el 2,38%.

Tabla 11. Porcentaje de discapacidad de los niños discapacitados.

% DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
30-40	7	16,67
41-50	6	14,29
51-60	4	9,52
61-70	8	19,05
71-80	12	28,57
81-90	1	2,38
91-100	4	9,52
TOTAL	42	100,00

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

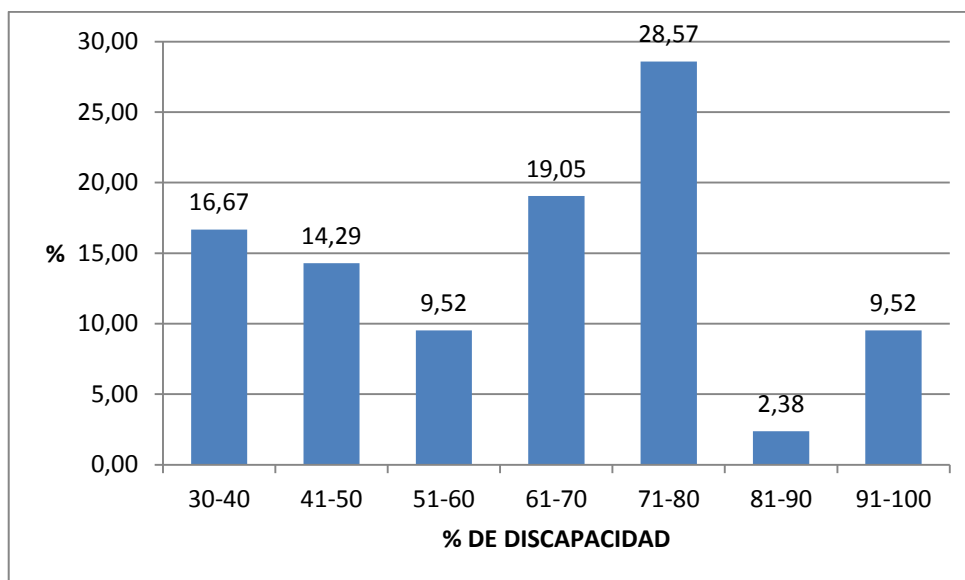


Figura 11. Porcentaje de discapacidad

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje de discapacidad se encuentra en los niños que padecen discapacidad en un 71-80% con el 28,57%, seguido de 61-70% con el 19,05%, 30-40% con 16,67%, 41-50% con el 14,29%, 51-60% y 91-100% con el 9,52% y por último los que tienen 81-90% con el 2,38%.

Tabla 12. Estado Nutricional de los niños discapacitados atendidos S.C.S. Colón

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	%
SOBREPESO	5	11,99%
PESO NORMAL	30	71,42%
BAJO PESO	6	14,28%
DESNUTRICION	1	2,30%
TOTAL	42	99,99%

Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

Elaborado por: Lic. Judith Quijje

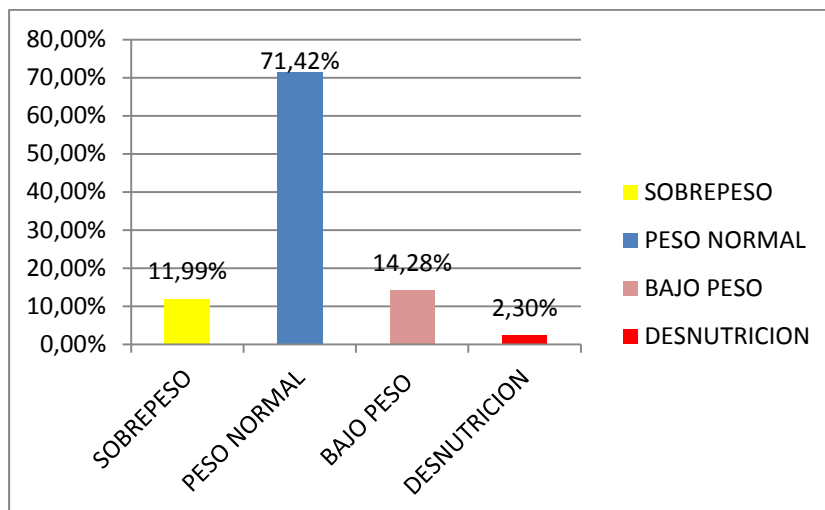


Figura 12. Estado nutricional de los niños discapacitados
Fuente: Listado de pacientes discapacitados atendidos en el S.C.S. Colón

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el 71,42% de los niños discapacitados se encuentra con un peso normal, seguido con 14,28% con bajo peso, con el 11,99% con sobrepeso y un 2,30% con desnutrición.

3.3. Resultado N° 2.- Padres y/o tutores capacitados sobre el cuidado en el hogar con integración familiar del niño discapacitado.

3.3.1. Entrevista con el Director para coordinación y conocimiento de la capacitación a los tutores de los discapacitados.

El 24 de septiembre de 2012, se le presenta al Director del Área la planificación de las actividades a ejecutarse, con su respectiva copia para la Lic. Jacqueline Gorozabel, solicitando la autorización y recibiendo así mismo sus sugerencias. (Ver imagen N° 13)



Imagen 13. Presentación de la planificación al Dr. Brucker García

3.3.2. Planificación del seminario-taller.

Con la Lic. Jacqueline Gorozabel el día 25 de septiembre de 2012, se estableció fecha para el seminario taller a realizarse del 2 y 4 de octubre, en horario de 8:00 a 10:30 horas, el mismo que se detalla a continuación.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en los centros de atención primaria se lleva a cabo el Programa de Salud Manuela Espejo, que obra a favor de las personas con cualquier tipo de discapacidad realizando las visitas domiciliarias en especial a las zonas de difícil acceso. Pero radicalmente durante este proyecto se ha logrado identificar la situación de integración de este ser especial sobreprotegido por la familia y discriminado en la sociedad impidiendo su desarrollo dentro de la misma.

“Cada persona aprende si se le ofrece el entorno adecuado, se le anima y se le brindan oportunidades de aprendizaje” (Arnaiz, 1996)

Es por ello que en la actualidad, las actividades de capacitación y formación en el área de atención a personas con necesidades especiales, no solo deberían aplicarse a los empleados dedicados a la educación especial y a los profesionales de la enfermería, sino también a todas aquellas personas que de una u otra manera están involucradas en el cuidado de los mismos. En tal sentido, debe ser determinante en cualquier sociedad, el cuidado integral del individuo, tomando en cuenta que la misma es la encargada de transmitir conocimientos, valores y tradiciones culturales, con el fin de formar hombres íntegros, capacitándolos en cuanto a las actitudes, habilidades y destrezas que se requieren para lograr un desempeño óptimo dentro de la sociedad y es aquí donde la familia cumple un pilar fundamental para lograr el desarrollo de sus habilidades, de estos seres llamados especiales y los cuales nos demuestran a diario su capacidad de amar, de vivir, de luchar y darse a conocer en este mundo.

JUSTIFICACIÓN

La participación de la familia en el proceso de desarrollo y crecimiento del discapacitado es fundamental. Es necesario que ésta comprenda su papel protagónico y conozca cómo es su participación y particularmente les será más fácil en la medida en que ellos tengan un conocimiento real acerca de las habilidades y necesidades de su hijo. Es la familia el actor

principal que orientado por los profesionales pueden guiar el proyecto de vida de un niño especial.

Es por ello que se requiere capacitar a los tutores y trabajar en equipo para unificar las características y la participación de cada uno en este proceso de desarrollo e integración del discapacitado a la comunidad.

Debido a la falta de alternativas con las que se encuentran las personas que atienden a familiares dependientes en su domicilio, desde los servicios sociales hemos creado un espacio en el que adquirir conocimientos, comentar situaciones, compartir experiencias... del día a día de la vida del cuidador.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Generar un cambio conductual en las familias, fomentando la relaciones sociales que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos.

Objetivos específicos:

- Capacitar a los padres de familia sobre aspectos pertinentes al desarrollo que favorezcan la proyección del individuo.
- Potenciar la autoestima del cuidador.
- Favorecer la creación y/o mantenimiento de un clima familiar equilibrado.
- Adecuar las actuaciones a las características y necesidades del grupo y de sus miembros.
- Favorecer la creación de redes de apoyo social.
- Proporcionar a los padres y/o tutores de personas con discapacidad apoyos en su proyecto de vida personal, orientados a la mejora continua de su calidad de vida.
- Proveer servicio de información sobre las instituciones de beneficios a este grupo CONADIS, INNFA y promoción de sus servicios.

A quién está dirigido:

- A personas que tengan a su cuidado a un familiar o persona dependiente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, etc.), empadronadas por el Centro de Salud Colón.

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO A TUTORES/AS Y FAMILIARES DE
DISCAPACITADOS DEL CENTRO DE SALUD COLÓN**

FECHA: Del 02/10/2012 al 04/10/2012



TEMAS	FECHA	HORA	RESPONSABLE	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
• TRASLADOS, MOVILIZACIONES Y AYUDAS TÉCNICAS. HIGIENE POSTURAL.	2/10/2012	8.00 a 9h00	Lic. María Rivadeneira Maestrante	Rotafolio INFOCUS Material informativo	Preguntas y respuestas Evaluación de ejercicios
• PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	2/10/2012	9.00 a 10h00	Lic. María Rivadeneira Maestrante	INFOCUS Material informativo	Preguntas y respuestas Evaluación de ejercicios
• CONSEJOS BÁSICOS SOBRE HIGIENE ORAL • CONSEJOS BÁSICOS SOBRE ALIMENTACIÓN • INSTITUCIONES Y BENEFICIOS	3/10/2012	8.00 a 10h00	Dra. Peggy Palma Maestrante	INFOCUS Material informativo	Preguntas y respuestas Evaluación de ejercicios
• AUTOESTIMA • PAUTAS BÁSICAS DE COMUNICACIÓN • AUTOCUIDADO DEL TUTOR	4/10/2013	8.00 a 9h00	Maestrante Equipo de salud	INFOCUS Material informativo	Preguntas y respuestas Evaluación de ejercicios
• CÓMO MANEJAR LAS ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO • ROL DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DESARROLLO DEL DISCAPACITADOS	4/10/2012	9.00 a 10h00	Maestrante Equipo de salud	INFOCUS Material informativo	Preguntas y respuestas Evaluación de ejercicios

Elaborado por: Lic. Judith Quijije

Aprobado por: Lic. Jaqueline Gorozabel

3.3.3. Ejecución, evaluación, y entrega de certificados y clausura del seminario-taller

Del 2 al 4 de octubre de 2012, se llevó a efecto la ejecución del seminario-taller del 2 al 4 de octubre del 2012, de 08:00-10:00 horas, contando con la presencia de los padres y/o tutores y los expositores anteriormente mencionados. (Ver imagen N° 14)



Imagen 14. Taller sobre el cuidado Oral con la Dra. Peggy Palma

El 4 de octubre de 2012, se efectuó la evaluación del seminario-taller en base al número de asistentes, que fue de 35 personas durante los 3 días en que se llevó a cabo el mismo.

Una vez clausurado, se realizó la entrega de certificados de asistencia previamente firmados por la Lic. Ángela Intriago, líder encargada del Sub-Centro de Salud de Colón. Así mismo, se efectuó la clausura, agradeciendo la presencia de las autoridades de la institución, expertos, personal del Centro de Salud Colón e invitados por la asistencia y el apoyo brindado durante la ejecución del seminario-taller. (Ver imagen N° 15)



Imagen 15. Entrega de certificados a padres y/o tutores.

3.3.4. Supervisión a los tutores sobre el cuidado en el hogar.

Se ejecutó un esquema mensual de visitas de seguimiento de manera que evaluó la capacitación impartida su práctica en la vida diaria, haciendo participe no solo a los profesionales sino también a los estudiantes, y/o rurales que realizan sus pasantías en la unidad de salud. (Ver imagen N° 16)



Imagen 16. Supervisión de cuidados en hogar a los tutores

Para ello se elaboró una guía de supervisión, que contiene las pautas de evaluación y observación de cada una de ellas. (Ver Imagen N° 17)

GUIA DE SUPERVISION PARA EL NIÑO DISCAPACITADO VISITA DOMICILIARIAS

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

FECHA: _____

TUTOR: _____ Relación (papá- mamá etc.): _____

Relación familiar y social	SI	NO	OBSERVACIÓN
Respetan su privacidad física y emocional			
Miembros de la familia participan en el cuidado diario			
Desarrollan actitudes positivas en cuanto autoestima			
Participa en actividades familiar			
Participa en actividades en la comunidad			

Padres planifican la educación del niño			
Nutrición y Alimentación	SI	NO	OBSERVACIÓN
Conoce y prepara alimentos adecuados para su niño			
Presenta signos de desnutrición o bajo peso			
Le incentiva al niño a comer solo en la medida de lo posible			
Las comidas las consume en cantidad y hora adecuada			
Higiene personal	SI	NO	OBSERVACIÓN
Aseo diario correcto			
Cuidado de la piel			
Aseo bucal correcto			
Maneja utensilios o dispositivos de higiene: retrete, sillas, etc.			
Identifica puntos presión y signos de escaras en la piel			
Hace participe al niño en el proceso de baño y aseo			
Realizan cambios de posición al niño que amerita			
Higiene postural	SI	NO	OBSERVACIÓN
Conoce y aplica mecánica corporal en el traslado del niño			
Realiza ejercicios de relajación y estiramiento			
Realiza masajes en los miembros para mejora de circulación			
Presenta problemas o dolor lumbar o de tipo óseo			
Habilidades y debilidades	SI	NO	OBSERVACIÓN
Busca información para el desarrollo del discapacitado			
Acude a la casa de salud para controles frecuentes			
El tutor cuida la salud de ambos			
Maneja y controla el estrés			
Participa de manera activa en el proceso educacional			
Presenta avances en la comunicación interactiva			

Crea y evoluciona actividades de auto-dependencia			
Recibe atención especializada			
Conoce el tipo de discapacidad de su niño			



Imagen 17. Supervisiones de seguimiento del Niño discapacitado de acuerdo a la Guía.

Resultados de Supervisión; durante los meses de enero febrero y marzo se ejecutó el plan de supervisión a las familias de los discapacitados por sector. (Ver imagen 18 y Apéndice 9)

CRONOGRAMA DE SUPERVISIÓN A LOS DISCAPACITADOS					
		ENERO (1era visita)		FEBRERO (2da visita)	MARZO (3ra visita)
FAMILIA	Lugar	Hallazgos anteriores	Evolución	Evolución	Evolución
ANCHUNDIA PARRAGA	Mapasingue	* no traslada adecuadamente al discapacitado *déficit de participación familiar en el cuidado *escaso incentivo de independencia en las actividades	*mejora posiciones en el traslado *se muestra más interés familiar *desarrolla actividades diarias por si solo	*usa y conoce mecánica corporal *Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño *el tutor se desenvuelve con menor estrés en el hogar y participa en grupos comunitarios
ARGANDOÑA LOOR		* déficit de participación familiar en el cuidado *debilidades en la comunicación interactiva *escases de conocimiento en el tipo de discapacidad *alimentación inadecuada	*padres comprometidos, fortalece la comunicación familiar *se incluyen suplementos en la dieta	*papá y hermanos ayudan en el cuidado del niño * mejora la alimentación y aumento de peso del niño	*preparación y dieta adecuada con suplementos. *integración de la familia en la comunidad
GARCIA MERA		* traslado inadecuado del niño *debilidades en la comunicación	*padres conocen mecánica corporal *recibe atención odontológica	* tutores hacen uso de la mecánica corporal en el traslado *mejora la intercomunicación	* tutores con menos estrés y más activos * buena higiene bucal

	* higiene bucal incorrecta *alimentación inadecuada	*aumenta consumo de proteínas en alimentación	*mejora el cepillado bucal * preparación y consumo de una dieta adecuada *desarrollo de actitudes positivas	*interrelación familiar fortalecida
ZAMBRANO CORDOVA	* déficit de participación familiar en el cuidado *debilidades en la comunicación *sobrepotección de los tutores *tutor descuida su salud	* se observa interés familiar en el cuidado *disminuyen los problemas en la comunicación * permiten la participación del niño en actividades en la comunidad	* tutor comparte tareas en el hogar *familia participa en actividades de la comunidad * tutor presenta interés por su salud	* mejora las actividades escolares * interrelación socio familiar fortalecida
BARBERAN OCHOA	* escasas de información sobre el desarrollo del discapacitado *dificultades para comunicarse con la familia *no recibe atención especializada	* se brindan información a la familia * mejora el patrón de comunicación entre la familia y el discapacitado *se muestra más interés familiar en el desarrollo del niño	*Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente *la familia busca ayuda especializada	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño
MACIAS CEDEÑO	* discapacitado presenta síntomas de gripe * madre abarca al 100% cuidados del niño * autoestima baja	* discapacitado recibe atención medica * se integra a la familia en el cuidado diario * se observa desarrollo de actitudes positivas	* mejora condiciones de salud del niño discapacitado *familiares participan en el cuidado del niño *Familiares buscan desarrollo de auto-dependencia del niño discapacitado	* mejora condiciones del niño discapacitado *familia aplica los conocimientos impartidos
MERA LOPEZ	* niño presenta síntomas de desnutrición *familia no participa en el cuidado familiar * familia no planifica educación	*se incluyen suplementos en la dieta *se integra a la familia en el cuidado *se muestra opciones para la educación del	* mejora la preparación de la dieta del niño *familia participa en el cuidado del discapacitado *padres muestran interés en la	*El discapacitado mejora condiciones de salud y de nutrición *familia y discapacitado participa en actividades comunitarias

			discapacitado	educación del niño	
NERA PINCAY		* problemas de comunicación e interrelación familiar * problemas de autoestima familiar	* mejora vínculos de comunicación * familia participa en cuidado diario del niño * entorno familiar positivo	* continua mejorando relación y comunicación familiar * ambiente familiar emprendedor y participativo	* familia aplica cuidados adecuados al discapacitado, y planifican educación especial para el niño discapacitado
GARCIA CEDEÑO		* discapacitado con problemas convulsivos * problemas de baja autoestima * padres desorientados en el cuidado del hogar	* padres buscan ayuda especial * mejora vínculo familiar * mejoran los cuidados en las actividades diarias	* padres continúan asistiendo a control en el centro de rehabilitación * se observa actitudes positivas * familia conoce del tipo de discapacidad y sus cuidados	* familia fortalecida en autoestima y cuidados del niño con discapacidad
ZAMBRANO ALVAREZ	Pachinche	* traslado inadecuado del niño * debilidades en la comunicación * gripe * alimentación inadecuada	* familia conoce mecánica corporal * mejora comunicación discapacitado familia * mejora condiciones de salud * mejora en la preparación de alimentos	* aplica mecánica corporal en el traslado * usa utensilios de traslado adecuadamente * se implementa suplementos vitamínicos en la dieta	* familia aplica correctamente los cuidados establece vínculos con instituciones de salud.
MACIAS MERA		* sobreprotección al discapacitado * debilidades en comunicación	* mejora el lenguaje de comunicación * comparten actividades familiares	* discapacitado desarrolla habilidades * familia comparte actividades con el discapacitado	* se continua evaluando mejorando condiciones familiares proporcionando
ARTEAGA GUADAMUD	El Pollo	* niño presenta desnutrición * familia no participa en el cuidado familiar * cuidados de la piel incorrectos, enrojecimiento en zonas de presión	* se incluyen suplementos en la dieta * se integra a la familia en el cuidado * tutor aplica hidratantes en la piel * aplica mecánica corporal en el traslado	* mejora la preparación de la dieta del niño * familia participa en el cuidado del discapacitado * mejoran los cuidados de la piel * usa utensilios de auto-dependencia de manera correcta	* El discapacitado mejora condiciones de salud y de nutrición * familia y discapacitado participa en actividades comunitarias

Imagen 18. Cronograma de visita de supervisión a las familias del sector mapasingue y el pollo.

3.4. Evaluación del indicador del resultado 2: Padres y/o tutores capacitados sobre el cuidado en el hogar con integración familiar.

INDICADOR:

Hasta el 30 de Marzo de 2013, el 85% de los tutores y padres de familia se capacitan y aplican el manejo adecuado del discapacitado.

Para el cumplimiento de este indicador, se contó con el interés y predisposición al desarrollo de conocimientos por parte de los tutores y padres de familia, se realizó el cronograma del taller y registro de asistencia, se tomó evidencia fotográfica del evento, y se enviaron oficios de invitación para los talleres de capacitación. Además se evaluaron los aportes y desarrollo integral del niño bajo los lineamientos de la guía de supervisión.

Tabla 13. Criterio de los padres de familia y/o tutores del discapacitado sobre los talleres de capacitación

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
EXCELENTE	33	94,29
MUY BUENO	2	5,71
BUENO	0	0,00
REGULAR	0	0,00
TOTAL	35	100,00

Fuente: Encuesta realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

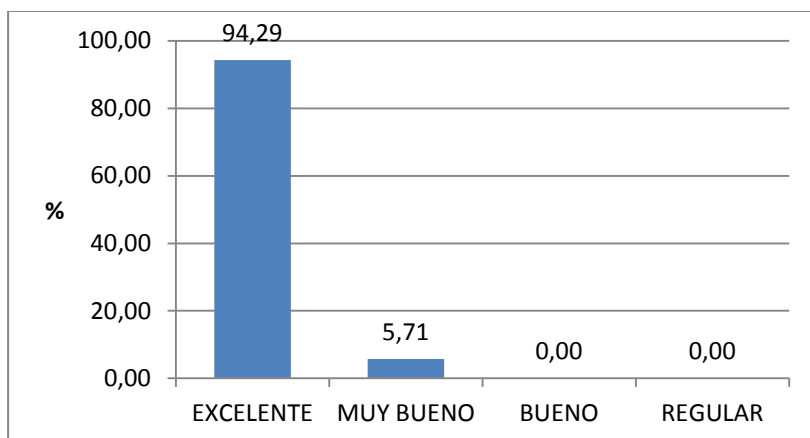


Figura 13. Criterios de talleres de capacitación

Fuente: Encuesta realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación: En este gráfico podemos observar que el 94,29% de los padres de familia y/o tutores de discapacitados manifestaron que los talleres de capacitación brindaron fue excelente, mientras que el 5,71% lo considero muy bueno.

Tabla 14. Nivel de conocimiento de los padres y/o tutores sobre la discapacidad del niño.

CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
Aceptable	18	42,85	40	95,23
No Aceptable	24	57,14	2	4,76
TOTAL	42	99,99	42	99,99

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijje

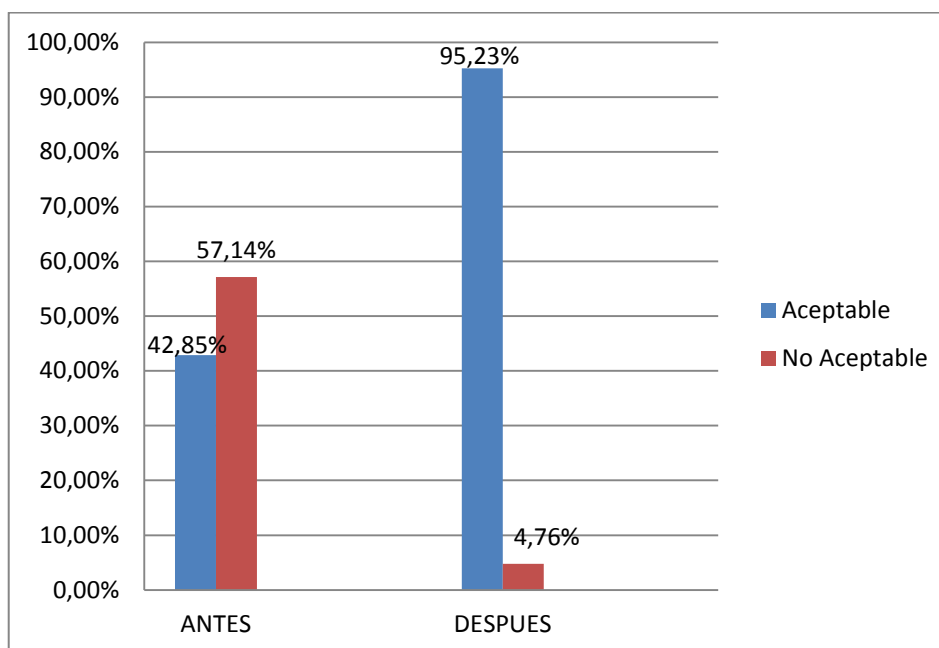


Figura 14. Nivel de conocimiento del tipo de discapacidad

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el 57,14% de los padres de familia y/o tutores antes de ejecutar el proyecto tenían un nivel de conocimiento no aceptable en relación al tipo de discapacidad de su hijo y el 42,85% era aceptable. Después de las capacitaciones el nivel de conocimiento aumento siendo favorable el 95,23%, quedando un 4,76% que aún no tiene una noción aceptable sobre el tipo de discapacidad de su familiar, encontrándose aquí a aquellos que no asistieron o que en su defecto se encuentran ausentes o renuentes durante las visitas domiciliarias.

Tabla 15. Nivel de habilidades técnicas de la familia en el desarrollo del niño.

HABILIDADES	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
Adecuada	0	0	40	95,23
No Adecuada	42	100	2	4,76
TOTAL	42	100	42	99,99

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

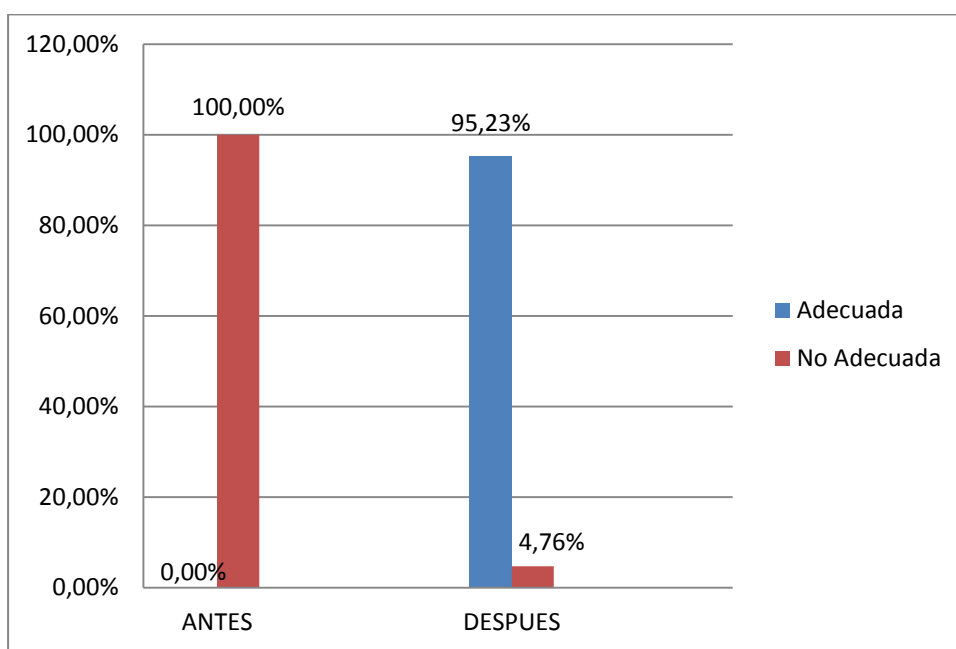


Figura 15. Nivel de habilidades técnicas

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que el 100,00% de los padres de familia y/o tutores de discapacitados no presentaban habilidades técnicas adecuadas antes de la capacitación. Pero después vemos como luego del plan aplicado el 95,23% de los tutores adoptan habilidades adecuadas para el progreso del discapacitado, quedando un 4,76% que aún conservan técnicas no adecuadas.

Tabla 16. Aplicación de mecánica corporal en el traslado del discapacitado.

MECANICA CORPORAL	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SIEMPRE	0	0,00%	22	91,66%
A VECES	2	8,33%	2	8,33%
NUNCA	22	91,66%	0	0,00%
TOTAL	24	99,99%	24	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

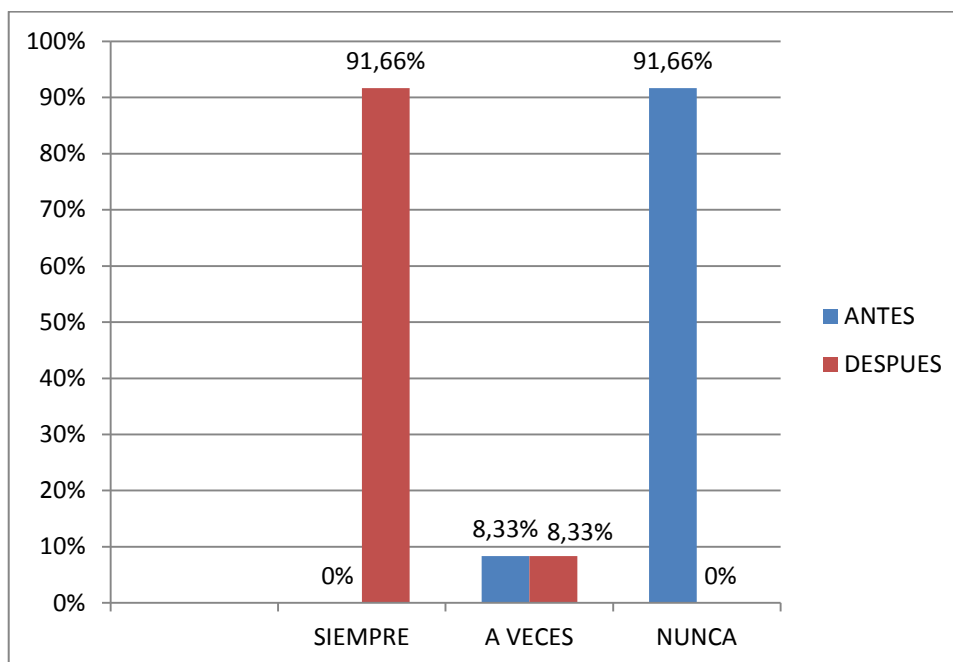


Figura 16. Aplicación de la mecánica corporal

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que antes del proyecto el 91,66% de los padres y/o tutores de los niños con limitaciones físicas nunca aplicaban la mecánica corporal en el traslado y solo el 8,33% lo hacía a veces. Después de las reiteradas capacitaciones se ve como el 91,66% de los cuidadores aplican la mecánica corporal en el traslado y el 8,33% restante lo hace a veces.

Tabla 17. Conocimiento del tutor ante los signos de alarma del discapacitado.

SIGNOS DE ALARMA	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
IDENTIFICA	7	0,39%	40	95,23%
NO IDENTIFICA	35	83,36%	2	4,76%
TOTAL	42	83,75%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

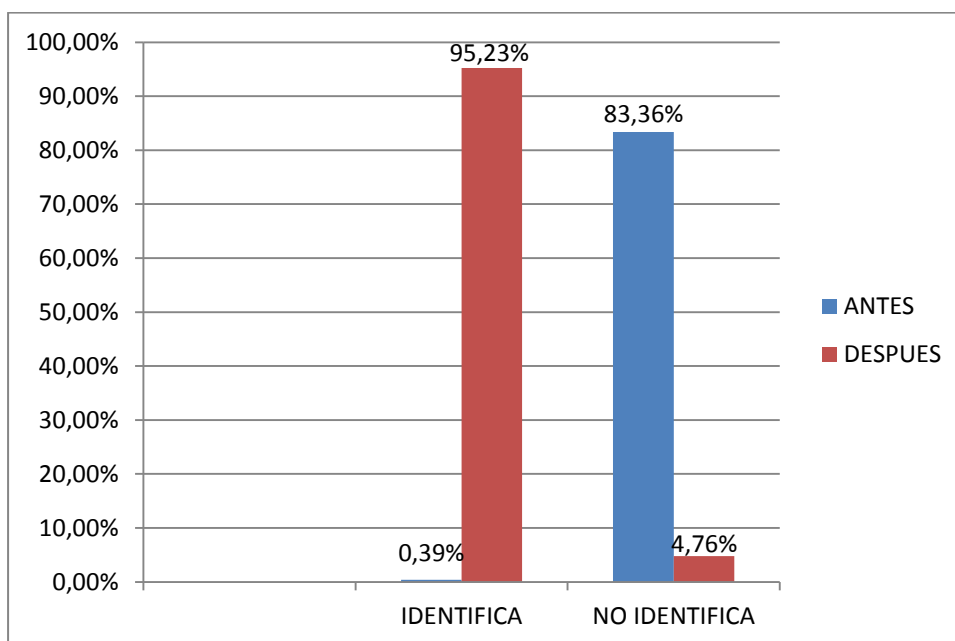


Tabla 17. Conocimiento del tutor ante los signos de alarma

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que antes del proyecto el 83,36% de los padres y/o tutores de los niños no identifican los signos de alarma del discapacitado por desconocimiento y solo en 4,76% lo identifica, pero después vemos como el 95,23% de los tutores aprenden a reconocer los signos de alarma del discapacitado quedando solo un 0,39% que aún no lo identifica.

Tabla 18. Participación de los discapacitados en actividades de la comunidad.

PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SI	12	28,57%	42	100,00%
NO	30	71,42%	0	0,00%
TOTAL	42	99,99%	42	100,00%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijje

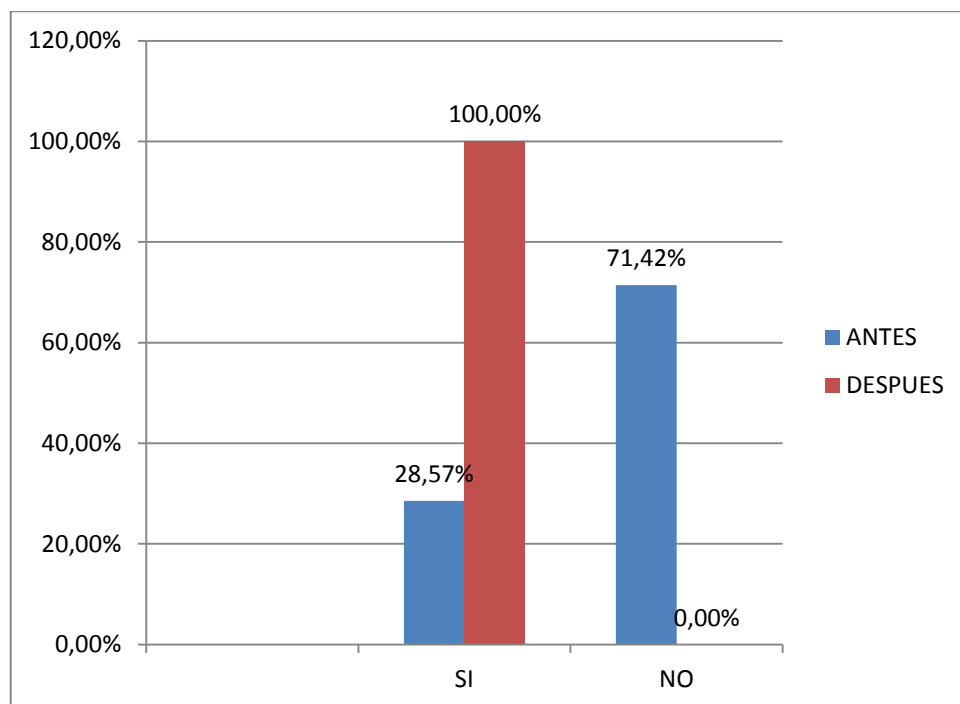


Figura 18. Participación del discapacitado en la comunidad

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este grafico se puede observar que al inicio de proyecto solo el 28,57% de los niños discapacitados participaban en actividades de la comunidad mientras que el 71,42% no lo hace. Después de las capacitaciones se nota un progreso de la participación de estos niños en la comunidad con un 100%.

Tabla 19. Aplica técnicas de higiene y aseo personal correctamente.

TECNICA DE HIGIENE	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SI	15	35,71%	42	100,00%
NO	27	64,28%	0	0,00%
TOTAL	42	99,99%	42	100,00%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

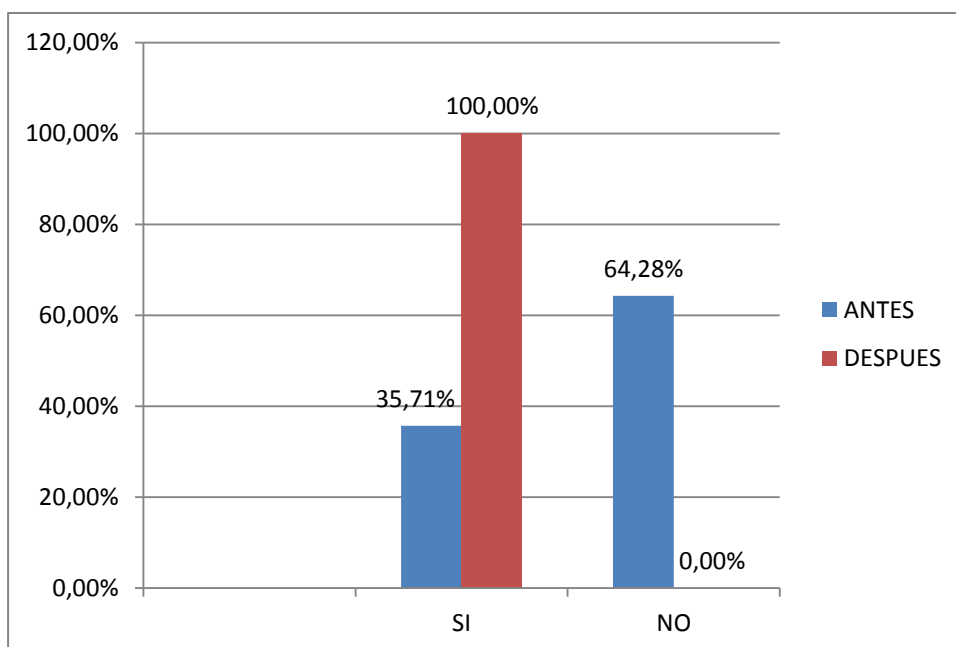


Figura 19. Aplicación de técnicas de higiene y aseo personal

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este grafico denota que antes de la capacitación el 64,28% de los tutores no aplican las técnicas de higiene de manera correcta, mientras que el 35,71% si lo hace adecuadamente. Después de la capacitación el 100% de los tutores aplica correctamente las técnicas de higiene.

Tabla 20. Preparación de alimentación adecuada para el discapacitado.

ALIMENTACION	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
ADECUADA	3	7,14%	40	95,23%
NO ADECUADA	39	92,85%	2	4,76%
TOTAL	42	99,99%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijje

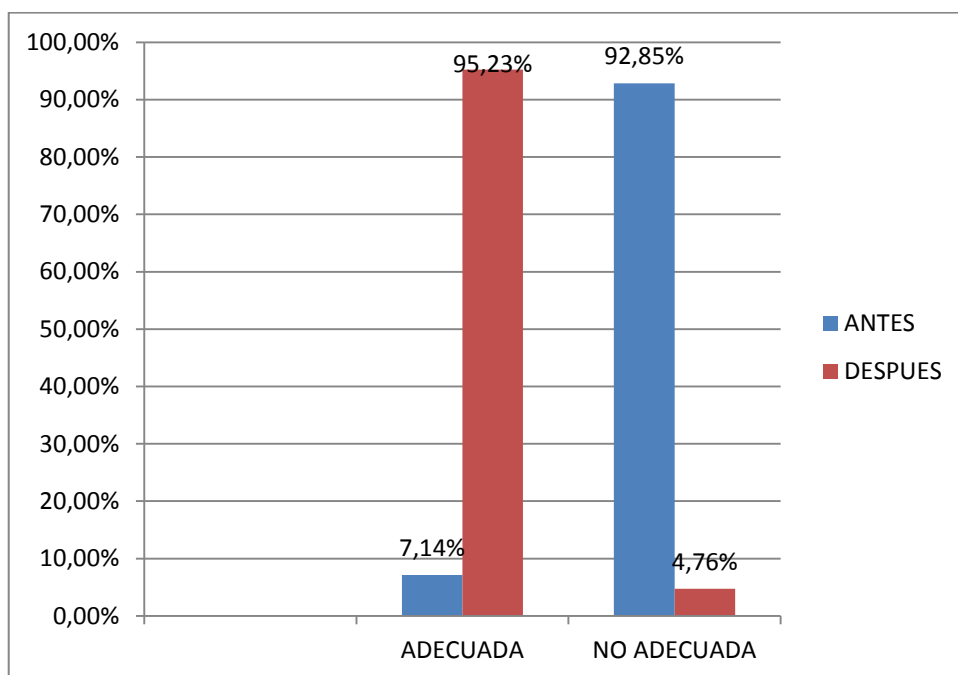


Figura 20. Preparación de Alimentación para el discapacitado

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este grafico podemos observar que anterior a la capacitación el 92,85% de los padres y/o tutores no preparaban de manera adecuada la alimentación del discapacitado y solo el 4,76% lo hacía adecuadamente. Después de los talleres el 95,23% de los tutores preparaban adecuadamente los alimentos quedando un 7,14% que aún tiene dificultades para hacerlo.

Tabla 21. Avance de la comunicación interactiva entre el discapacitado y su familia.

AVANCE DE COMUNICACIÓN	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SATISFACTORIA	7	16,66%	40	95,23%
NO SATISFACTORIA	35	83,33%	2	4,76%
TOTAL	42	99,99%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijje

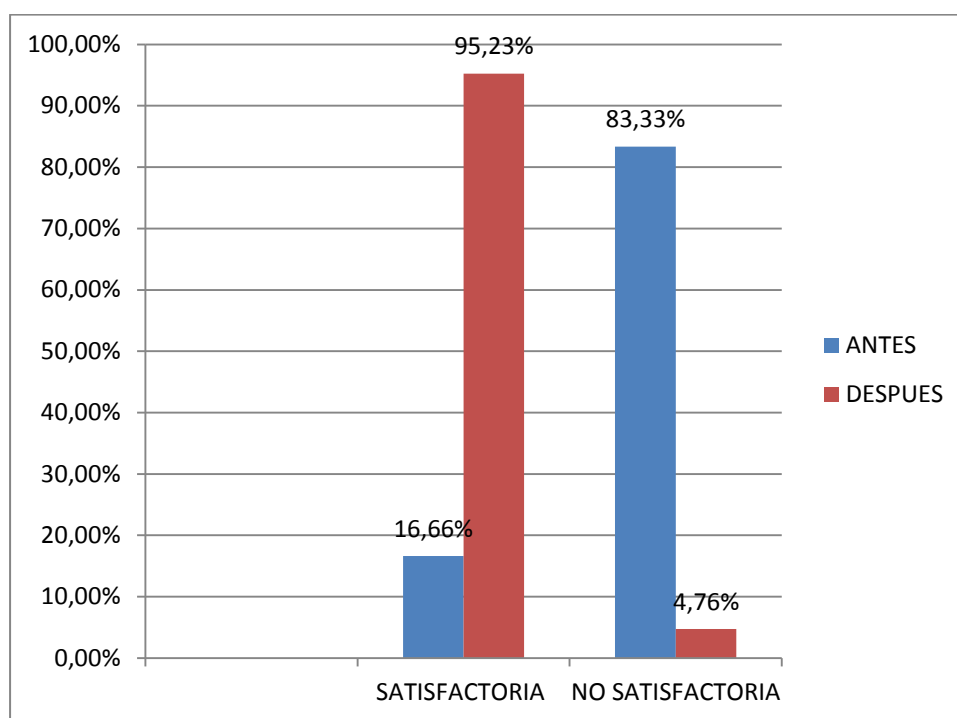


Figura 21. Avances en la comunicación interactiva.

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este grafico podemos observar que anterior al adiestramiento el 83,33% de los padres y/o tutores no tenían una satisfactoria comunicación con el niño y solo el 16,66% lo practicaba de manera satisfactoria. Después de los talleres el 95,23% de los tutores ejercía una comunicación interactiva con el discapacitado quedando un 4,76% que aún tiene problemas para hacerlo.

3.5. Resultado N° 3.- Padres y/o tutores encargados del cuidado del discapacitado con organización establecida.

3.5.1. Entrega de invitación a los padres y/o tutores de discapacitados para reunión con los mismos.

El 30 de septiembre de 2012, se realizó la invitación a los padres y/o tutores de discapacitados de la comunidad del Sub-Centro de Salud de Colón para que asistan a la reunión para establecer la organización de ayuda al discapacitado. (Ver imagen N° 19)



Imagen 19. Entrega de invitaciones a padres y/o tutores de discapacitados

3.5.2. Firmas de acta de compromisos y creación del club de padres y/o tutores de discapacitados.

El 5 de octubre 2012, se realizó la reunión con los tutores y/o padres de familia, estableciendo el club que brindar apoyo a los discapacitados, dando mayor control a la asistencia en salud, e integración social. Así mismo, ejecutara actividades que beneficien el ejercicio diario del discapacitado. (Ver imagen N° 20)



Imagen 20. Reunión con los padres y/o tutores de discapacitados para conformación del club

Finalizada la reunión se firmó la asistencia previa a la formación del club, los presentes establecieron acuerdos; como ayudar en los niños discapacitados en la rehabilitación de su desarrollo e integración en la comunidad.

También eligieron por votación a sus directivos, quienes serán los que dirijan el club de tutores y/o padres de familia de las personas con discapacidad. (Ver imagen N° 21)



Imagen 21. Firma de acta de compromisos de padres y/o tutores de discapacitados

Se estableció el club de padres y/o tutores de discapacitados siendo conformado por la siguiente directiva: (Ver imagen N° 22)

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL CLUB DE PADRES Y/O TUTORES DE NIÑOS DISCAPACITADOS

Acta No 001 Fecha: 5 de octubre del 2012

ORDEN DEL DÍA

- Elección y conformación de la directiva del club de padres y/o tutores de niños discapacitados
- Desarrollo de la reunión

Por unanimidad de los asistentes a la reunión y mayoría de votos se eligió la directiva del club conformada por las siguientes personas:

1. **Presidenta** Liliana Moreira Muñoz / [Firma] 1312017849

2. **Vice Presidenta** Miriam Macías / [Firma] 1307504470

3. **Tesorera** Maryuri Zambrano Macías / [Firma] 1307407666

4. **Secretaria** Betsy Wieringa García / [Firma] 1307999860

5. **1er vocal** Carlos Vincés Quiroz / [Firma] 1311142547

➤ Compromisos y actividades a realizar:

- Promover la participación familiar e integración de las personas con discapacidad a la sociedad.
- Mantener el vínculo con la unidad de salud y buscar beneficios para los discapacitados.
- Colaborar para que los niños y jóvenes gravemente discapacitados se cultiven integralmente para que logren su superación e inclusión en la sociedad.
- Velar por la integración e inclusión de las personas con discapacidad en trabajo, salud y educación.


RECIBÍ - COPIA DE LA ACTA
FECHA: 05.10.12

Imagen 22. Club de padres y/o tutores de discapacitados

Sra. Liliana Moreira Muñoz	CI: 1312017849	PRESIDENTA
Sra. Miriam Macías	CI: 1307504470	VICEPRESIDENTA
Sra. Betsy Wieringa García	CI: 1307999860	TESORERA
Sra. Maryuri Zambrano Macías	CI: 1307407666	SECRETARIA
Sr. Carlos Vincés Quiroz	CI: 1311142547	VOCAL

3.5.3. Vinculación de alianzas estratégicas.

Se estableció vínculos con instituciones afines en busca de beneficios y apoyo para los discapacitados para lo cual se efectuó visitas a la Escuela “José Buitrón de Zumárraga”, IESS y al Centro de Rehabilitación Medica #3 para aperturas fichas de atención según las necesidades del niño encontradas en las visitas realizadas. (Ver imagen N° 23)



Imagen 23. Alianza con Centro Rehabilitación Manabí N° 3 y Escuela especial José Buitrón.

3.5.4. Evaluación al Club de padres y/o tutores de discapacitados.

Durante el mes de noviembre 2012 hasta el 15 de agosto del 2013, se realizaron las actividades de integración del discapacitado y familia, conjuntamente con los líderes del Club de padres y/o tutores del discapacitado brindando apoyo incondicional otra de las líderes comunitarias Lic. María Atenaida Cedeño Avellan. (Ver imagen N° 24)



Imagen N° 24. Paseo de recreación e integración familiar con los niños y familias de los discapacitados

El sábado 13 de abril se realizó una confraternidad entre los miembros del club, familias y niños discapacitados con la colaboración de los líderes de la comunidad. (Ver imagen N° 25)



Imagen N° 25. Confraternidad de integración familiar y alianza con líderes de la comunidad.

El 8 de diciembre 2012 con ayuda de los líderes comunitarios el club desarrollo una actividad para celebrar la navidad de los niños integrando a más discapacitados de la comunidad, siendo partícipes de esto los líderes de la comunidad, inclusive la misma policía nacional. Una tarde amena donde los niños y sus familias disfrutaron en conjunto del espíritu de la navidad. (Ver imagen N° 26)



Imagen 26. Confraternidad navideña e integración familiar con los discapacitados y líderes comunitarios.

Durante estas actividades también se hicieron entrega de víveres con ayuda de las reinas y de los líderes comunitarios. (Ver Apéndice N°3)

3.6. Evaluación del indicador del resultado 3: Padres y/o tutores encargados del cuidado del discapacitado con organización establecida.

INDICADOR:

Hasta el 15 de Agosto del 2013 estará conformado un comité de tutores de discapacitados.

Para el cumplimiento de este indicador, se contó con la predisposición de los tutores y autoridades de salud en la organización y función del comité, se realizaron tarjetas de convocatoria a los padres y/o tutores de los discapacitados, acta de conformación del comité y se evaluó su funcionamiento de acuerdo a los beneficios logrados y evidencia fotográficas donde se plasma los vínculos de la organización con las diversas instituciones que dan soporte para el desarrollo y la mejora de la calidad de vida del discapacitado (Ver imagen N° 27 y 28)

EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL CLUB DE DISCAPACITADOS	
PROPUESTAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS
• Mantener vínculos con instituciones de Salud. • Buscar la atención y accesibilidad a los servicios de Salud según las necesidades. • Crear actividades que beneficien al niño discapacitado • Fortalecer el vínculo socio-familiar de los niños discapacitados y la comunidad. • Integrar e incluir al niño discapacitado con la comunidad.	✓ Visitas a las diferentes instituciones de salud, Hospital IESS, centro de rehabilitación #3. ✓ Apertura de historias clínicas y atención en centro de rehabilitación. ✓ Atención odontológica especializada a niños con PCI, en Hospital IESS. ✓ Visita a Escuela María Buitrón Zumárraga, e inscripción de niños especiales. ✓ Fiesta navideña en la comunidad. ✓ Paseos familiares de integración. ✓ Entrega de utensilios básicos de uso diario a los niños discapacitados.

Imagen 27. Evaluación de funcionamiento del club.



Imagen 28. Logros del Club de tutores de discapacitados, atención odontológica en Hospital IESS Portoviejo, apertura de historias clínicas en el Centro rehabilitación nº3.

3.7. Evaluación del indicador del propósito:

- ***Cuidado de la salud en el hogar de los discapacitados de la parroquia Colón con integración familiar.***

INDICADOR:

Hasta el 31 de agosto 2013, se pretende que el 100% de los tutores y personal de salud manejen adecuadamente al discapacitado.

Para el cumplimiento de este indicador se contó con la participación de los tutores e instituciones predispuestas a mejorar la calidad de vida de los discapacitados, para ello se realizaron fichas domiciliarias, se contó con evidencias fotográficas, y se tomaron datos de los riesgos detectados en las visitas y su evolución más la apertura de historias clínicas.

Tabla 22. Nivel de independencia y evolución de autovalidalismo del discapacitado

EVOLUCION	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
Satisfactoria	7	16,66	29	69,04
No Satisfactoria	35	83,33	13	30,95
TOTAL	42	99,99	42	99,99

Fuente: Formulario de supervisión a los padres y/o tutores de discapacitados
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

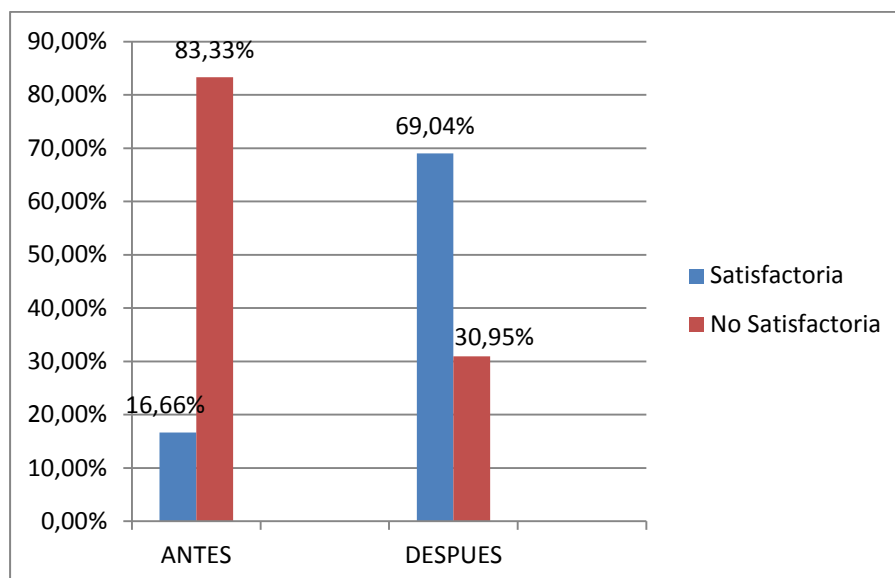


Figura 22. Nivel de independencia y Evolución de autovalidismo del discapacitado
Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que antes del proyecto el 83,33% de los niños discapacitados son dependientes y no desarrollan autovalidismo mientras el 16,66% posee un nivel satisfactorio. Después vemos como el 69,04% desarrolla niveles de autovalidismo de manera satisfactoria y el 39,95% tiene un nivel no satisfactorio encontrándose en este grupo los niños con parálisis cerebral infantil por sus condiciones y dificultades propias de estas patologías.

Tabla 23. Valoración de la participación familiar en la búsqueda de medios terapéuticos

OPINION	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
Participa	13	30,95	39	92,85
No participa	29	69,04	3	7,14
TOTAL	42	99,99	42	99,99

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitado
Elaborado por: Judith Quijije

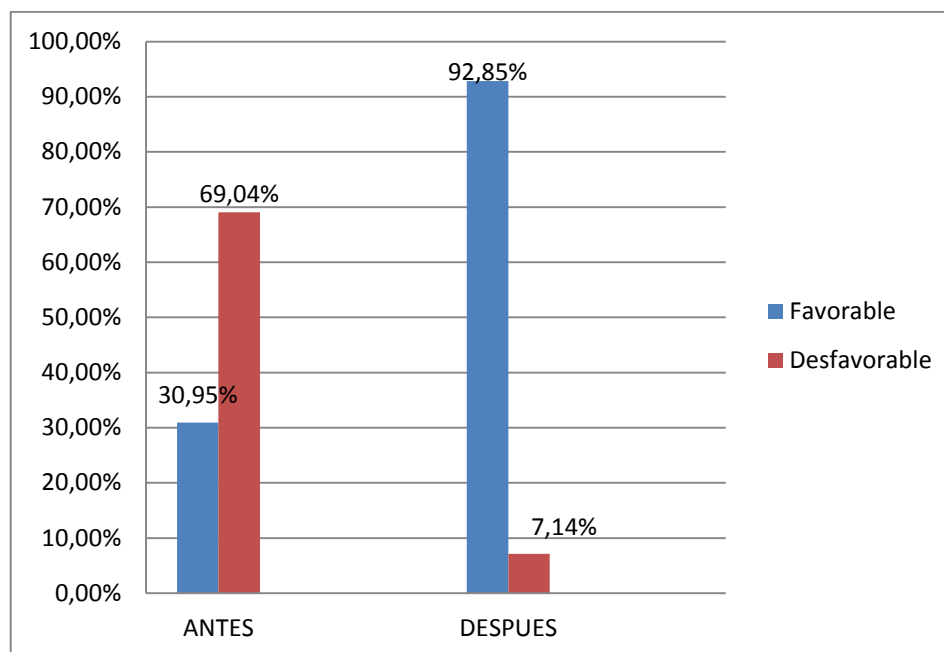


Figura 23. Participación activa en la búsqueda de medios terapéuticos para el discapacitado
Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

En este gráfico podemos observar que solo el 30,95% de los niños discapacitados cuenta con el apoyo familiar y su participación activa en la búsqueda de medios terapéuticos y el 69,04% no participa. Después vemos como el 92,85% de la familia desarrolla una actitud participativa favorable de apoyo al niño discapacitado buscando los medios terapéuticos requeridos, quedando solo un 7,14% que continua con actitud desfavorable.

Tabla 24. Evolución del estado nutricional

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SATISFACTORIA	30	71,42%	42	100,00%
NO SATISFACTORIA	12	28,57%	0	0,00%
TOTAL	42	99,99%	42	100,00%

Fuente: Formulario de supervisión del discapacitado
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

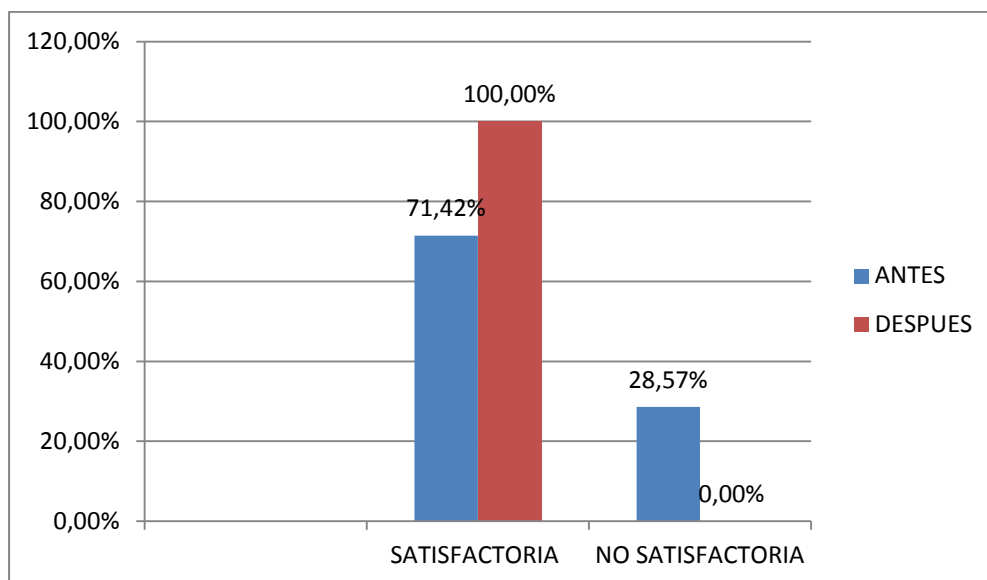


Figura 24. Evolución del estado nutricional del discapacitado

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

Como se observa en este grafico anteriormente la evolución nutricional del discapacitado en un 71,42% era satisfactoria quedando un 28,57% que corresponde a no satisfactoria. Después de los talleres y reiteradas visitas el 100% de los discapacitados tienen una evolución satisfactoria, disminuyendo de peso quienes se encontraban con sobrepeso, y recuperando peso quienes estaban desnutridos o bajo peso.

Tabla 25.- Padres y/o tutor buscan ayuda especializada.

ATENCION ESPECIALIZADA	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
SI	20	47,61%	41	97,61%
NO	22	52,38%	1	2,38%
TOTAL	42	99,99%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión del discapacitado

Elaborado por: Lic. Judith Quijije

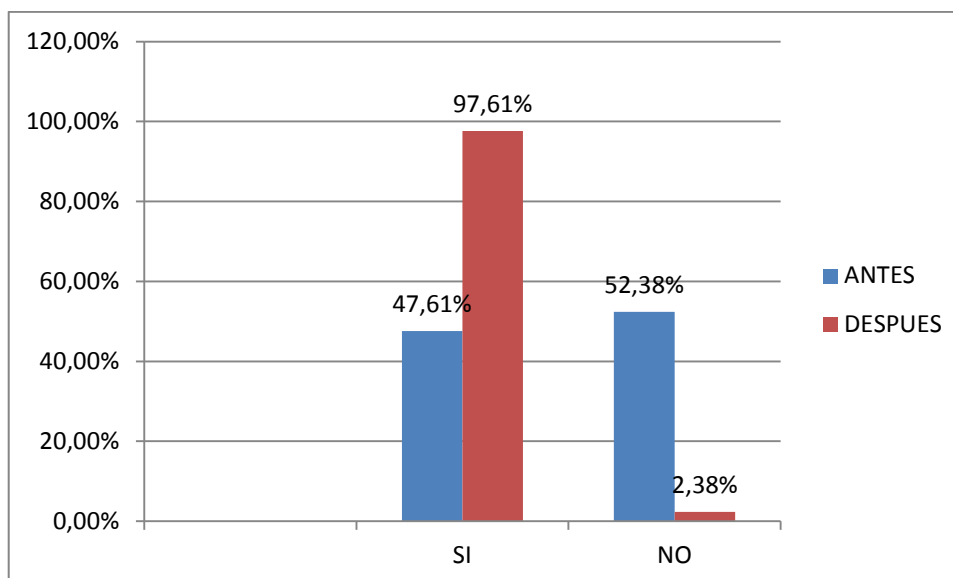


Figura 25. Padres y/o tutores buscan ayuda especializada

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

Como observamos en este grafico antes del proyecto solo el 47,61% de los tutores de los niños discapacitados buscan ayuda especializada mientras que el 52,38% restante no lo hace. Después vemos un avance alcanzando que el 97,61% de los tutores busquen y conozcan sobre el tipo de discapacidad con profesionales especializados.

Tabla 26.- Participación Activa del tutor y familiares en el proceso Educativo.

PARTICIPACION EN LA EDUCACION	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
PARTICIPA	15	35,71%	37	88,09%
NO PARTICIPA	27	64,28%	5	11,90%
TOTAL	42	99,99%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión del discapacitado

Elaborado por: Lic. Judith Quijje

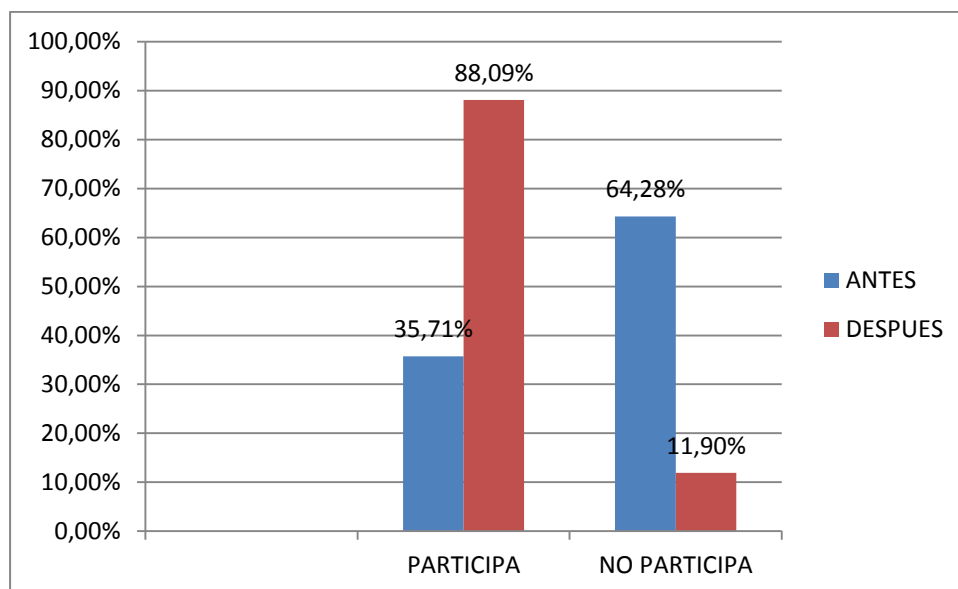


Figura 26. Participación del tutor y familia en el proceso educativo
Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

Como observamos en este grafico antes del proyecto el 64,28% de la familia no participa en proceso educativo del niño discapacitado y solo un 35,71% si lo hace. Después de las capacitaciones vemos una evolución del 88,09% de las familias que participan activamente en el proceso educacional del discapacitado quedando aun un 11,09% que no lo hace.

Tabla 27. Higiene Personal del discapacitado

HIGIENE PERSONAL	ANTES		DESPUES	
	No	%	No	%
MUY BUENA	20	47,62%	39	92,85%
BUENA	19	45,23%	3	7,14%
REGULAR	3	7,14%	0	0%
TOTAL	42	99,99%	42	99,99%

Fuente: Formulario de supervisión del discapacitado
Elaborado por: Lic. Judith Quijije

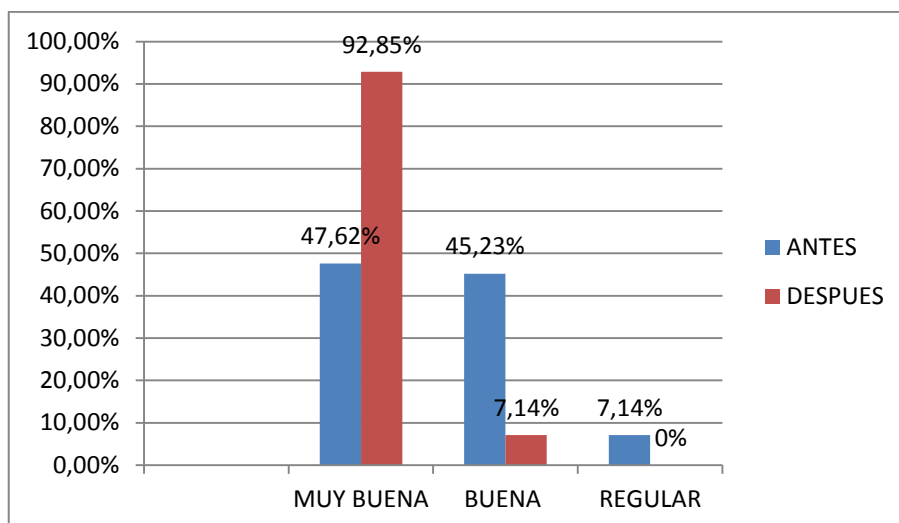


Figura 27. Higiene personal del discapacitado

Fuente: Formulario de supervisión realizado a los padres y/o tutores de discapacitados

Análisis e interpretación:

Este grafico muestra como antes del proyecto el 47,62% del discapacitado tiene muy buena higiene, el 45,23% buena y un 7,14% regular. Después vemos un avance con el 92,85% que tienen una higiene personal muy buena y un 45,23% restante en buena higiene.

3.8. Evaluación del indicador del fin.

- ***Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños discapacitados de la parroquia Colón.***

INDICADOR: Participación activa de los equipos de salud y familias de los discapacitados.

Este indicador, por ser a largo plazo no es posible medir, pero el hecho de haber cumplido los indicadores del propósito y de los resultados se puede asegurar que el proyecto contó con la participación activa y conjunta de las entidades encargadas y de la comunidad en general. (Ver imagen N° 29)



Imagen 29. Niño Erick Fernández asistiendo a terapia de rehabilitación.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el proyecto de acción, se concluyó lo siguiente:

- ✓ Se ejecutan visitas domiciliarias al niño discapacitado, brindando atención médica programada y de seguimiento, fortaleciendo el programa 'Joaquín Gallegos Lara' para discapacitados.
- ✓ El 95% de los padres y/o tutores de los niños discapacitados fueron capacitados sobre el cuidado en hogar con integración familiar, mediante el seminario taller ejecutado en el sub-centro de salud Colón. A su vez se estableció un plan de supervisión que valoró el aprendizaje y la aplicación de los conocimientos mostrando cambios positivos de manejo correcto del niño discapacitado, así mismo su integración e inclusión socio familiar mediante compromiso con personal de promotores de salud del Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Queda conformado el club de tutores de niños discapacitados que hasta la presente fecha continua funcionando y coordinando al 100% actividades de integración y rehabilitación para el niño con discapacidad. Se establecieron vínculos con el Centro de rehabilitación N°3, Hospital IESS, donde también se brindó atención odontológica en el área de quirófano a los niños con PCI, y Escuela especial María Buitrón Zumárraga, logrando mayor atención y accesibilidad a los diferentes servicios que estos ofrecen, fortaleciendo así el desarrollo socio familiar de este grupo vulnerable.
- ✓ Las familias se integraron en el cuidado de la salud del niño discapacitado, participando en las actividades diarias y colaborando en el desarrollo y progreso del mismo.
- ✓ En base a los componentes del programa, se brindó una atención integral unificada al niño discapacitado con la participación y compromiso por parte de las autoridades, instituciones, personal de salud, usuarios/as y familiares, logrando una verdadera atención integral y de calidad por medio de la promoción de la salud en beneficio de la comunidad, dando cumplimiento al fin, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los niños discapacitados de la parroquia Colón.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que el Distrito N°1 Portoviejo y el Sub-Centro de Salud de Colón, brinde el apoyo efectivo al Programa de Atención al discapacitado, que sea incluyente tanto al personal, como a los usuarios/as y familiares, capacitándolos de una manera continua y oportuna con evaluación y seguimiento, para mejorar su tratamiento, recuperación e insertarlo a la sociedad, mejorando su calidad de vida. Se reconoce que por la demanda de los demás programas existentes es difícil abarcar con este grupo en riesgo como lo requiere; es por ello que recomendamos la integración estudiantil pasante previamente capacitada con la cual se apoyó para la continuación del seguimiento domiciliario.
- ✓ Mantener, motivar y dar seguimiento al club de tutores de niños discapacitados para que siga trabajando en beneficio de este grupo vulnerable, ayudarlo en lo que sea posible y guiarlo para conservar la línea emprendedora de desarrollo e inclusión y salud.
- ✓ Que se continúe concientizando a la sociedad sobre la integración y valor de las personas con discapacidad, respetando su espacio; y además de que sean tratados por igual, brindándoles oportunidad de desarrollo e inclusión social.
- ✓ Continuar motivando a las familias de los niños para solidificar los compromisos que benefician al discapacitado.
- ✓ Seguir trabajando en este proyecto que en corto plazo ha dado resultados favorables, y que promete a futuro lograr mejorar la calidad de vida del discapacitado, de manera que este sea un individuo valorado y productivo a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-habid, I. (2007). *Gender ad disability – women's experiences in the Middle East*. OXFAM, UK.
2. Ahlen, E. (2007): *Inventory of documentation about children with disability in armed conflicts and displacement*. Rädda Barnen: Stockholm.
3. Alonso, P. y otras. (2000). *Asesoramiento a familias de niños y niñas sordos: Orientaciones y pautas de actuación*. Ministerio de Educación y Ciencia: Madrid.
4. Álvarez, M.J. y Pérez Gil, R. (2007). *Manual de grupos de formación. Programa de apoyo a familias*. FEAPS: Madrid.
5. Associazione Bambini Down (2002). *Protocollo nazionale di comunicazione di diagnosi" en Síndrome Down notizie*, año XI, n. 2, mayo-agosto, p. 11.
6. Baker, B.L. (2007): *Entrenamiento a padres en Siglo Cero*, vol. 28 (5), num. 173, septiembre-octubre, pp. 13-19.
7. Barbagelata, N. y Rodriguez, A. (2006). *Estructura familiar e identidad en Documentación social*, n. 98, enero-marzo, pp. 49-59.
8. Barton, L. (2005). *Discapacidad y sociedad*. Morata: Madrid.
9. Berglund, A. (2007). *A matter of social context – the sexual abuse of children with disabilities*. Rädda Barnen: Stockholm.
10. Boutin, G. y Durning, P. (2007): *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. Narcea: Madrid.
11. Calidad de vida de los discapacitados. Recuperado en: 05/03/2012. Disponible en la Web: http://www.umet.edu.ec/fundacion/index.php?option=com_content&view=article&id=55:calidad-de-vida-discapacitados&catid=35:proyectos&Itemid=37.
12. Carpenter, B. (2001). *Defining the family: towards a critical framework for families of children with disabilities* en *European Journal of Special Needs Education*, vol. 13, num. 2, pp. 180-188.
13. Casado, D. (2005). *Ante la discapacidad: glosas iberoamericanas*. Lumen: Buenos Aires.
14. Cecadis (2003). *Borrando fronteras*. Fundación General Ecuatoriana: Quito.
15. Checa, F.J. y Tristante, C. (2002). *Análisis comparativo del contexto familiar "teórico" y "real" de niños con deficiencia visual: orientaciones para la intervención" en Integración*, n. 27, junio, pp. 12-17.
16. Cole Ridge, P (2003). *Disability, liberation and development*. OXFAM, UK.
17. Consejo Nacional de discapacidades. Disponible en Web: info@conadis.gob.ec.

18. Cunningham, C. y Davis. H. (2000). *Trabajar con los padres: Marcos de colaboración*. Madrid, MEC/Siglo XXI.
19. Del Rio, P. (2002). *La discapacidad, único camino hacia el hecho humano en real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Discapacidad e Información*. Madrid, pp. 91-113.
20. Diario Hoy. Sección Actualidad. 3 de marzo 2011.
21. Diseño, ejecución y Gerencia de proyectos para la salud. Guía Didáctica; Editorial UTPL.
22. Fantova, F. (2002). *Personas con deficiencia mental y ejercicio de derechos en Zerbitzuan*, num. 20-21, octubre, pp. 21-30.
23. Fantova, F. (2003). *Una aproximación a la calidad en el ámbito de la intervención social en IX Congreso de Empresas y Calidad. Documentos de gestión, innovación y formación*. Barcelona, Fórum Empreses de Qualitat, vol 2, pp. 289-295.
24. Fantova, F. (2004): *Investigación y desarrollo de un modelo de gestión para organizaciones no lucrativas de servicios sociales (Tesis doctoral)*. Universidad de Deusto: Bilbao.
25. Fantova, F. (2005). *Padres y profesionales en el movimiento asociativo a favor de las personas con discapacidad mental*" en Revista FEPAPDEM (Federación Ecuatoriana pro Atención a la Persona con Deficiencia Mental), num. 5.
26. FEAPS (2001). *Manuales para la calidad*. FEAPS: Madrid.
27. Gaste Lls, M. (1997). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 2. El poder de la identidad*. Alianza Editorial: Madrid.
28. Hammarberg T. (2006). *Making reality of the rights of the child*. Rädda Barnen: Stockholm.
29. Hastie, R. (2006). *Disabled children in a society at war*. OXFAM, UK.
30. Helander, E. (2000). *Prejudice ad dignity*, UNDP, ISBN 92-1-126032-9.
31. International Labor Organization (ILO). Who's child health and development. Recuperado en: 09/10/2012. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/targets/disability/index.html>
32. Maltrato infantojuvenil del discapacitado. Recuperado en: 05/03/2012. Disponible en Web: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_2_10/mgi14210.htm.
33. OMS. Discapacidad en Salud. Recuperado en: Junio 2011. Disponible en Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>.
34. OXFAM. Recuperado en: 09/10/2012. Disponible en: <http://www.oxfam.org.uk/publish/socdiv.html>
35. OMS. Discapacidad en Salud. Recuperado en: Junio 2011. Disponible en Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>.

36. OXFAM. Recuperado en: 09/10/2012. Disponible en: <http://www.oxfam.org.uk/publish/socdiv.html>
37. Save the Children Alliance. (2006). *Promoting psychosocial well being among children affected by armed conflict and displacement*. Save the Children Sweden: Stockholm.
38. UNESCO (2004). *Salamanca statement and framework for action on special needs education*. UNESCO: United Nations, New York.
39. UNESCO (2004). *Standard rule son the equalization of opportunities for persons with disabilities* UNESCO: United Nations, New York.
40. UNHCR (2006). *Community services guidelines on assisting disabled refugees: a community-based approach*. UNHCR: Geneva.
41. UTPL. (2001). *Investigación en Salud. Guía Didáctica*; Editorial UTPL: Loja.
42. World Health Organization (WHO) (2002). *Second edition of the international classification of impairments, disabilities ad handicaps (icidh-2)*. Who: Geneva
43. Zinkin, Mcconachie, Mittler (2005). *Disabled children and developing countries*. McKeith press.

BIBLIOGRAFÍA DE CITAS:

44. Carreño, Clara. *Discapacidad en Bogotá*. Mimeo. Sf.
45. Helander, E. (2000). *Prejudice ad dignity*, UNDP, ISBN 92-1-126032-9.
46. Álvarez, M.J. y Pérez Gil, R. (2007). *Manual de grupos de formación. Programa de apoyo a familias*. FEAPS: Madrid.
47. Carpenter, B. (2001). *Defining the family: towards a critical fra -mework for families of children with disabilities* en *European Journal of Special Needs Education*, vol. 13, num. 2, pp. 180-188.
48. Convención sobre los derechos de los niños. ONU 1996-2010. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

APÉNDICE

APÉNDICE 1: REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Quijije Mera, Judith Elizabeth
Centro Universitario: Universidad Particular de Loja
Título del proyecto: Integración socio-familiar de niños discapacitados, orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colón, cantón Portoviejo. Año 2012

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)										OBSERVACIONES
		OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	
RESULTADOS												
1. Programa de atención al niño discapacitado de la parroquia Colon fortalecido.	Hasta el 22 de diciembre 2012 se aplicara el 100% del programa de atención primaria los discapacitados con la participación activa de los involucrados. 100 %			100%								Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
2. Padres y/o tutores capacitados sobre el cuidado en el hogar con integración familiar.	Hasta el 30 de marzo 2013 el 90% de los tutores y padres de familia se capacitan sobre el manejo adecuado del discapacitado Y aplican conocimientos						96%					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
3. Padres y/o tutores encargados del cuidado del discapacitado con organización establecida.	Hasta el 15 de agosto 2013 estará conformado un comité de tutores de discapacitados coordinando al 100% actividades de integración y rehabilitación del niño con discapacidad.										100%	Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Mg. S.c. Susana Donoso
DIRECTORA DE TESIS

APÉNDICE N° 2: OFICIOS ENVIADOS Y RECIBIDOS



Portoviejo, 8 de Agosto del 2012

D^a. Brucker García

Jefe de Área del Distrito de Salud N° 1 de Portoviejo

Ciudad

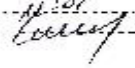
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo y el deseo de éxito en sus funciones laborales, por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle me extienda la autorización correspondiente para realizar mi trabajo investigativo "INTEGRACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE NIÑOS DISCAPACITADOS, ORIENTADO AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LA PARROQUIA COLÓN DEL CANTÓN PORTOVIEJO, AÑO 2012". Así mismo las actividades que correspondan al diseño, ejecución y evaluación del proyecto. Siendo este un requisito para la obtención de mi título como Magister en Gerencia de Salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por la atención que dé a la presente desde ya le reitero mis sentimientos de agradecimiento y estima.

Atte.


Lic. Judith Elizabeth Quijje Mera
C.I. 131203435-6


Ministerio de Salud Pública
DISTRITO DE SALUD N° 1 - PORTOVIEJO
Secretaría General
Documentación Recibida
Fecha: 08/08/2012
Hora: 11:00
Responsable: 



Ministerio
de Salud Pública

Dirección Distrital de Salud N° 13D01 de Portoviejo

SECRETARIA GENERAL

OFICIO - DS1 - SEGE - 2013 - 263- OF

Portoviejo, Septiembre 04 del 2013

Asunto: Aprobación de realizar Proyecto Investigativo

Licenciada
Judith Quijije
ENFERMERA PROFESIONAL
Ciudad

De mi consideración:

En referencia a Oficio s/n de fecha 08 de Agosto, donde solicita se brinde la autorización correspondiente para la realización del **PROYECTO INVESTIGATIVO INTEGRACION SOCIO-FAMILIAR DE NIÑOS DISCAPACITADOS, ORIENTADOS AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LA PARROQUIA COLON DEL CANTON PORTOVIEJO, AÑO 2012** en la unidad de salud de Colon. Tengo a bien expresar la aceptación de este Distrito para la realización de este Proyecto.

Particular que remito para fines correspondientes.

Atentamente,

Dr. Brucker García Looz
DIRECTOR DEL DISTRITO DE SALUD # 1 - PORTOVIEJO



Referencia:

- Oficio S/N de fecha Agosto de 2013

Cindy A.

Calle Olmedo entre Pedro Gual y 10 de Agosto - Edificio Mutualista Manabí - Cuarto Piso

Teléfono: 052632412 ext. 101

cindya@distrito1p.gob.ec

drbrucker@distrito1p.gob.ec

ACTA DE COMPROMISO

En la Comunidad de Colón perteneciente a la parroquia con el mismo nombre, Colón se encuentra situada al este del valle de la ciudad de Portoviejo, están atravesadas por el río del mismo nombre y poseen zonas urbanas y rurales. La parroquia Colón se encuentran ubicada al Este del cantón Portoviejo, provincia de Manabí. Colón se encuentra a 9 kilometro de Portoviejo – Santa Ana.

El hecho que sean poblaciones urbanas, hace que cada vez más se asienten nuevas familias emigrantes del campo que buscan días mejores, haciendo que aumenten los grandes cinturones de pobreza por la falta de recursos de este territorio.

Convencido del espíritu de servicio que conlleva la profesión de trabajar en salud, y con la voluntad de llegar a los demás como instrumento de las manos de Dios empezamos este Proyecto a desarrollar designado: ***"Integración Socio Familiar a los niños discapacitados, orientado al cuidado en el hogar en la parroquia colón del cantón Portoviejo. Año 2012"***

En el cual pido la colaboración de todos y cada uno de los líderes comunitarios y SCS que puedan brindar su apoyo y colaboración al desarrollo de este programa Integral educativo que busca como énfasis, mejorar la salud de los discapacitados por medio de la educación y el compromiso de cada uno, en el desarrollo de este proyecto.


LIDER DEL PROCESO DE ENFERMERIA

CS COLÓN


LIDER COMUNITARIO

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja



Portoviejo 23 de Septiembre del 2012

Dra. Peggy Palma Zambrano
Ciudad.-

Por medio de la presente me dirijo a Ud. como estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, que por el momento me encuentro ejecutando la tesis cuyo tema es **"INTEGRACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DISCAPACITADOS, ORIENTADO AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LA PARROQUIA COLÓN CANTÓN PORTOVIEJO. Año 2012"**, previo a la obtención del título Maestría en Gerencia Integral de Salud para el desarrollo local.

Motivo por el cual solicito a Ud. de la manera más acomodada me honre con una de su magistral conferencia sobre el "Cuidado oral y alimentación de las personas con discapacidad" a efectuarse el día 3 de Octubre del presente año en horario de 8 a 9am en el Centro de Salud de Colón dirigido a los tutores y/o padres de familia de los discapacitados.

Esperando una respuesta afirmativa de su parte le quedo eternamente agradecida.

Atentamente:

Lic. Judith Quijije Mera.
Estudiante de la UTPL

HOSPI...
DRA. PEGGY PALMA ZAMBRANO
C...
RES...
ESS...
Peggy Palma
P...A

"Trabajemos juntos por la Salud de los discapacitados"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja



Portoviejo 23 de Septiembre del 2012

Lic. María Alejandra Rivadeneira
Ciudad.-

Por medio de la presente me dirijo a Ud. como estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, que por el momento me encuentro ejecutando la tesis cuyo tema es **"INTEGRACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DISCAPACITADOS, ORIENTADO AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LA PARROQUIA COLÓN CANTÓN PORTOVIEJO. Año 2012"**, previo a la obtención del título Maestría en Gerencia Integral de Salud para el desarrollo local.

Motivo por el cual solicito a Ud. de la manera más acomodada me honre con una de su magistral conferencia sobre el "Traslado, Movilizaciones e Higiene y Prevención de Accidentes en el Hogar", a efectuarse el día 2 de Octubre del presente año en horario de 8 a 10am en el Centro de Salud de Colón dirigido a los tutores y/o padres de familia de los discapacitados.

Esperando una respuesta afirmativa de su parte y segura de contar con su presencia le quedo eternamente agradecida.

Atentamente:

Lic. Judith Quijje Mera.
Estudiante de la UTPL

*Recibido
23.09.12
[Firma]
141011847*

"Trabajemos juntos por la Salud de los discapacitados"

**ACTA DE CONFORMACIÓN DEL CLUB DE PADRES Y/O TUTORES DE
NIÑOS DISCAPACITADOS**

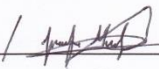
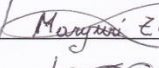
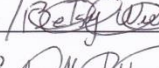
Acta No 001

Fecha: 5 de octubre del 2012

ORDEN DEL DÍA

- + Elección y conformación de la directiva del club de padres y/o tutores de niños discapacitados
- + Desarrollo de la reunión

Por unanimidad de los asistentes a la reunión y mayoría de votos se eligió la directiva del club conformada por las siguientes personas:

1. **Presidenta** LILIANA MOREIRA MUÑOZ /  1312017819
2. **Vice Presidenta** MIRIAM MACÍAS DE VINCES /  1307504470
3. **Tesorera** MAEYUEI ZAMBRANO MACÍAS /  1307407666
4. **Secretaria** Betsy WIERINGA BEONES /  1307949860
5. **1er vocal** CARLOS VINCES OUTROZ /  131965061-S

+ Compromisos y actividades a realizar:

- Promover la participación familiar e integración de las personas con discapacidad a la sociedad.
- Mantener el vínculo con la unidad de salud y buscar beneficios para los discapacitados.
- Colaborar para que los niños y jóvenes gravemente discapacitados se cultiven integralmente para que logren su superación e inclusión en la sociedad.
- Velar por la integración e inclusión de las personas con discapacidad en trabajo, salud y educación.


LIC. ANGELA VITRIGO MORÁN
SUB-CENTRO DE SALUD
"COLÓN"
JEPATU... DE A...

APÉNDICE N° 3: MATERIAL DIDÁCTICO, INVITACIONES Y CERTIFICADOS

Trípticos:

INCORPORACIÓN EN LA SILLA: PERSONA CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE O SEMIDPENDIENTE



Posición inicial de la persona con discapacidad.



Incorporación desde la parte posterior de la silla

Presionando horizontalmente con las manos la pelvis del paciente, haciendo fuerza con las piernas e inclinando el cuerpo hacia delante



Incorporación desde delante de la silla

Piernas flexionadas.
Presión con la rodilla.
Contrapeso del cuerpo.

LEVANTAR DEL SUELO PERSONA CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE



No precipitarse y buscar ayuda. Cuando encontremos a una persona con discapacidad caída intentar buscar ayuda.



Sujetar a la persona con una toalla por debajo de las axilas.
Utilizar el contrapeso del cuerpo.



Eloqueo de las piernas de la persona con discapacidad entre las de los cuidadores.

Elaborado por: Lic
JUDITH QUIJJE

Universidad Técnica Particular de Loja
Escuela de Medicina
Maestría en Gerencia en Salud



Mecánica corporal



“EL ESTAR PRIVADO DE ALGUNA FUNCIÓN FÍSICA O MENTAL, NO IMPLICA ESTAR PRIVADO DE LA DIGNIDAD”

Que es la mecánica corporal

La mecánica corporal son las posturas que adopta el cuerpo para protegerlo de lesiones al realizar movimientos bruscos o al levantar objetos pesados.

CONSEJOS A SEGUIR:

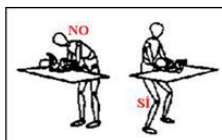
Mantener la espalda recta para que las cargas que actúan sobre ella lo hagan de manera vertical y así evitar contracturas musculares o cualquier otro trastorno de la columna vertebral.

Situarse en el lado hacia donde se va a mover al niño.

- Los pies deben estar separados y uno ligeramente más adelantado para proporcionar una buena base de apoyo que aumente la estabilidad.

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

- El Tutor debe trabajar a una altura aproximada a la altura del niño



DE LA CAMA A LA SILLA:

Discapacitado dependiente que se puede sentar



Soportar el peso con el hombro apoyando la otra mano en la cama



La espalda completamente vertical



Apoyo en la silla y flexionar las piernas

¿Qué debemos hacer?

DE LA CAMA A LA SILLA Y VICEVERSA: PERSONA CON DISCAPACIDAD SEMIDPENDIENTE



Acercar al máximo el peso al cuerpo. Piernas flexionadas. Buena fijación de la pierna eje de giro.



Detalle de fijación de pierna



De la silla a la cama

Signos de alarma:



Inclusión	Integración
● Inserción total e incondicional. ● Exige rupturas en los sistemas. ● Cambios que benefician a todas y a cualquier persona. ● Exige transformaciones profundas. ● La sociedad se adapta para atender las necesidades de las personas con discapacidad y, con esto, se vuelve más atenta a las necesidades de todos/as. ● Defiende los derechos de todas las personas, con o sin discapacidad. ● Introduce a los sistemas a los grupos de excluidos/as y, paralelamente, transforma dichos sistemas para que se conviertan en sistemas de calidad para todos. ● Valoriza la individualidad de las personas con discapacidad. ● No quiere disfrazar las limitaciones, porque estas son reales. ● El adjetivo <i>inclusivo</i> es usado cuando se busca calidad para todas las personas con o sin discapacidad.	● Inserción parcial y condicional. ● Pide concesiones a los sistemas. ● Cambios prioritariamente para personas con discapacidad. ● Se contenta con transformaciones superficiales. ● Las personas con discapacidad se adaptan a la realidad de los modelos que ya existen en la sociedad. ● Defiende los derechos de las personas con discapacidad. ● Introduce a los sistemas a los grupos de excluidos que pueden ser aptos. ● La tendencia a tratar a las personas con discapacidad como un bloque homogéneo. ● Tiende a disfrazar las limitaciones para aumentar las oportunidades de inserción. ● El adjetivo <i>integrador</i> es usado cuando se busca calidad en las estructuras que atienden apenas a las personas con discapacidad consideradas aptas.

Invitaciones a padres de familia y/o tutores:



CITACIÓN

Se cita a los padres de familia y/o tutores de personas con alguna discapacidad pertenecientes a la comunidad del Centro de Salud de Colon a la capacitación sobre “Temas que implican el cuidado e integración del discapacitado en el hogar y la sociedad”

DIA: 2 – 4 OCTUBRE 2012

HORA: 8:00 A 10:00

LOCAL: Sub-Centro de Salud Colon

Su asistencia es importante NO FALTES!!

Atentamente:

LIC. JUDITH QUIJIJE

Maestrante UTPL

Certificados:



APÉNDICE N° 4: FOTORRELATORIA

FOTOGRAFÍA N° 1



Parte frontal y acceso al Centro de Salud de la parroquia Colón del cantón Portoviejo

FOTOGRAFÍA N° 2



Entrega de oficio a la Jefa de Enfermería del Centro de Salud Colón, comunicando la autorización del Distrito del Área N° 1, para la ejecución del proyecto

FOTOGRAFÍA N° 3



Eslogan de Difusión a Plan de discapacitados

FOTOGRAFÍA N° 4



Reunión con padres y/o tutores de discapacitados y difusión del proyecto en la comunidad

FOTOGRAFÍA N° 5



Atención domiciliaria a niños discapacitados del Centro de Salud Colón

FOTOGRAFÍA N° 6



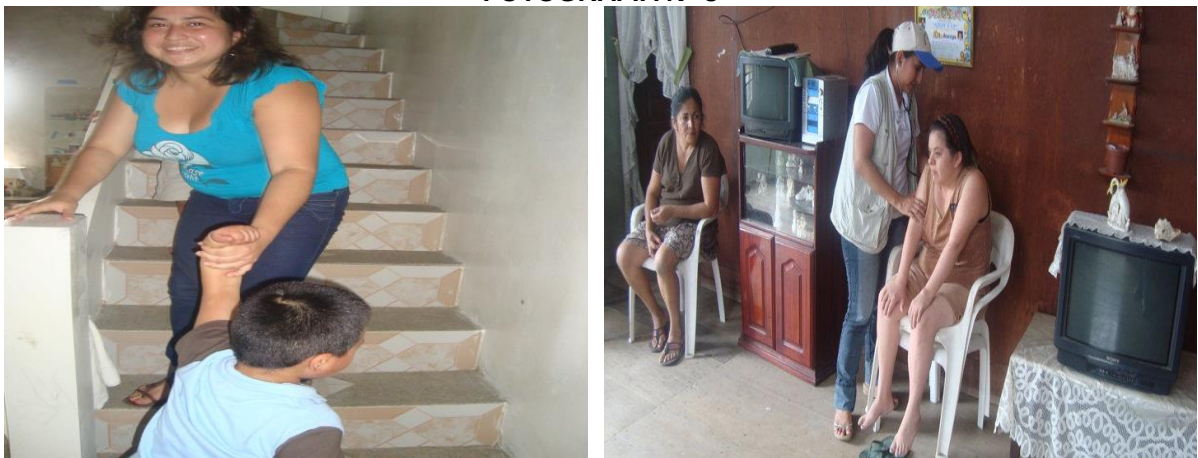
Ejecución del seminario-taller

FOTOGRAFÍA N° 7



Club de padres y/o tutores de discapacitados

FOTOGRAFÍA N° 8



Visitas domiciliarias a discapacitados

FOTOGRAFÍA N° 9



Seguimiento al niño con discapacidad

FOTOGRAFÍA N° 10



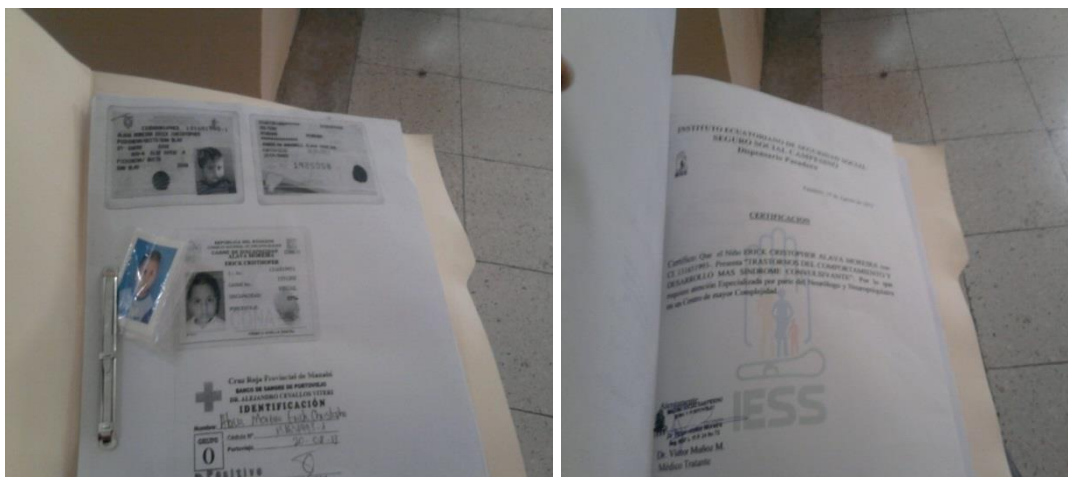
Profilaxis Odontológica en el área de quirófano del Hospital IESS Portoviejo con la Dra. Peggy Palma

FOTOGRAFÍA N° 11



Vinculación con Centro de Rehabilitación N° 3

FOTOGRAFÍA N° 12



Inscripción del niño Erick Ávila en escuela especial José Buitrón

FOTOGRAFÍA N° 13



Educación y supervisión del cuidado del discapacitado en el hogar

FOTOGRAFÍA N° 14



Integración de las familias del discapacitado

FOTOGRAFÍA N° 15



Entrega de víveres a discapacitados

FOTOGRAFÍA N° 15



Confraternidad navideña con los líderes de la comunidad

FOTOGRAFÍA N° 16



Integración de padres en el cuidado del hogar

FOTOGRAFÍA N° 17



Antes y después de la ejecución del proyecto en el niño Luis Mero

FOTOGRAFÍA N° 18



Demostración de la mecánica corporal en el traslado.

FOTOGRAFÍA N° 19



Rosita demostrando sus habilidades



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“Programa de Integración socio-familiar de niños discapacitados,
orientado al cuidado de la salud en el hogar en la parroquia Colón,
cantón Portoviejo. Año 2012”**

Autora:

Quijije Mera, Judith Elizabeth

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2013

INTRODUCCIÓN

La discapacidad ha estado presente en la humanidad desde el surgimiento del hombre por algunas razones: enfermedades, accidentes u otras causas. Ante esta problemática el hombre ha ido adoptando medidas para darle mejores condiciones de vida a los discapacitados y por ende a la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud dice que la discapacidad depende de las características de la persona y de cómo se relaciona con la sociedad en la que vive. Esto significa que cuantas más barreras hay alrededor, más discapacidad tiene la persona. Por ejemplo, una escalera es una barrera para las personas que no pueden andar. Si tenemos una rampa la persona es más autónoma.

En la actualidad la discapacidad se la ve a través de enfoques sanitarios o caritativos, a menudo basados en hipótesis de que la discapacidad es un problema individual, por lo cual las organizaciones se han dedicado a prestar servicios aislados, teniendo muy poco en cuenta el derecho de las personas con discapacidad a participar como ciudadanos en igualdad de condiciones. Pero todo tiene un principio una base que debe partir en la familia, su preparación en el trato y la integración de estos individuos especiales en el seno familiar.

A pesar de los proyectos llevados a cabo en el Ecuador y los avances que se han dado en cuanto al tema no ha sido posible superar todas las barreras presentes en el entorno, ya sean de tipo físico, psicológico y social que plantean obstáculos en la participación de estas personas; la problemática de la atención e integración social de las personas con discapacidad continua.

Un problema habitual en los discapacitados es la integración familiar, la no realización de ejercicios físicos, el cuidado inadecuado. En esta situación influyen factores como la familia y la comunidad. El problema se hace mayor cuando los familiares, que piensan que una forma de proteger a estos de accidentes es prohibirles realizar actividad física.

En este sentido, el proyecto busca dar una respuesta integral a las personas con discapacidad, su familia, cuidadores y cuidadoras a través de la estructuración de Planes de Atención Integral que agrupen la respuesta institucional que necesita la persona, su familia y sus cuidadores y cuidadoras.

Definiciones Orientadores del Programa:

A continuación se plantean elementos orientadores, que instituyen una posición unificada frente al proyecto de discapacidad, el implementa las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, apropiando para ello el enfoque social y político, que permite contribuir en procesos de participación e inclusión.

Enfoque social y político: Plantea una transformación de los entornos y no de los individuos, porque se considera que son las sociedades y sus estructuras las que generan la condición de discapacidad y no las condiciones biológicas de los individuos⁶, este enfoque se complementa con el enfoque de los derechos humanos, para construir una sociedad integradora basada en los derechos y en sus principio de igualdad, equidad y diversidad, que contribuya a la mejora de la calidad de vida de este grupo poblacional.

Así mismo es preciso puntualizar que el Grado de discapacidad que presente la persona, incide en la participación de la persona con la sociedad y no de su situación de salud, para lo cual se utiliza la siguiente graduación:

- Leve: Cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades es mínima y no interfiere en su productividad, lo anterior se traduce en que la persona requiere sistemas de apoyo mínimos para su participación en la sociedad.
- Moderada: Cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad, lo anterior se traduce en que la persona requerirá sistemas de apoyo para lograr la participación en la sociedad.
- Grave: Cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y requiere asistencia personal permanente, esto significará que la persona requiere el uso de sistemas de apoyo y ayudas técnicas o tecnológicas para lograr su participación en la sociedad.

También es importante utilizar la clasificación de los tipos de discapacidad planteada, así:

- Discapacidad Física: Definida ésta como la restricción o ausencia de una estructura del sistema osteomuscular o del sistema nervioso central, que se manifiesta con limitaciones en el movimiento.
- Discapacidad Auditiva: Definida ésta como las alteraciones en las estructuras o funciones del sistema auditivo y del lenguaje, manifestándose en limitaciones de las actividades relacionadas con la comunicación y el lenguaje.
- Discapacidad Visual: Definida ésta como la agudeza visual de 20/400 en el mejor ojo, con la mejor corrección y con una disminución del campo visual menor a 100, contemplando los diferentes tipos de pérdida visual, según los grados de disminución

visual y que se manifiesta en limitación para las actividades relacionadas con el uso de la visión.

- **Discapacidad Cognitiva:** Definida ésta como la presencia de alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- **Discapacidad Mental:** Definida ésta como la presencia de alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, observándose perturbaciones en el comportamiento y limitación, principalmente en la ejecución de actividades de interacción y relaciones personales de la vida comunitaria, social o cívica.
- **Discapacidad Múltiple:** Definida ésta como la alteración en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades.

Así mismo es indicado precisar otros conceptos que son importantes para la comprensión y de desarrollo del plan:

Atención Integral: “Es el modo en el que el servidor público o la servidora pública conciben, acercan, reciben, acogen, escuchan, orientan y acompañan la ciudadanía a partir de la solicitud o situación inicial, teniendo como base el respeto pleno a su dignidad, sus derechos, capacidades, intereses, preferencias y contando con su participación efectiva”

Desarrollo de capacidades: “promoción y desarrollo de habilidades de orden cognitivo, emocional y relacional que poseen las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras, cuidadores, organizaciones y sociedades, para realizar tareas, resolver problemas, establecer y alcanzar objetivos de forma sustentable, así como crear y transformar entornos”.

Equiparación de Oportunidades: “Conjunto de medidas orientadas a eliminar las barreras de acceso a oportunidades de orden físico, ambiental, social, económico y cultural que impiden al discapacitado el goce y disfrute de sus derechos”.

Sistemas de Apoyo: Hace referencia a la consecución de apoyos técnicos o tecnológicos que se requieran para garantizar la participación de la población con discapacidad en la sociedad, estos apoyos pueden ser apoyos para la movilidad, la comunicación.

JUSTIFICACIÓN

La OMS define a una persona con discapacidad como: “ Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, la cual puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”

La discapacidad representa un problema serio para las personas que lo padecen ya que al enfrentarse a una limitación su calidad de vida disminuye, para evitar que esto suceda es importante contribuir a su plena integración social y en el ejercicio de sus derechos. La familia en este sentido juega un rol muy importante su integración su fluidez, desde el seno familiar incurre que toda persona que padece de una discapacidad sea productiva y desarrolle las habilidades en la sociedad.

El Programa de acción específico para la Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, incluye un enfoque de atención integral. El componente de PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, está dirigido a evitar la presencia de un posible daño orgánico por el cuidado inadecuado que reciben por el déficit de conocimientos de la familia y/o cuidadores que están bajo la responsabilidad de estas personas, para lo cual se establece coordinación con otros programas vigentes como vacunación, promoción de la salud, prevención de accidentes, y el programa Manuela Espejo entre otros.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Atender integralmente a las Personas con Discapacidad, sus familias y sus cuidadores y cuidadoras, en los territorios, a través de la articulación de actores, servicios y recursos para promover el desarrollo humano y contribuir con el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar oportunidades para las familias de las personas con discapacidad, sus cuidadores y cuidadoras para el desarrollo de sus capacidades y habilidades sociales y productivas.
- Promover el desarrollo humano, la integración familiar y la inclusión social de las personas con discapacidad a través del fortalecimiento de capacidades.
- Gestionar para la organización y movilización social de las personas con discapacidad a través de los grupos familiares y líderes comunitarios.

- Facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud y centros de atención de las Personas con Discapacidad, sus familias y cuidadores y cuidadoras, a través de estrategias que permitan la inclusión.
- Prevenir enfermedades discapacitantes, mediante acciones y programas de salud pública dirigidos al diagnóstico oportuno y a la atención temprana de la discapacidad, en todos los grupos de edad, a través de campañas de prevención de la discapacidad en temas referentes a ingesta de ácido fólico y vacunación.
- Garantizar la atención integral y la prestación de servicios de habilitación y rehabilitación con calidad a población con discapacidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su integración a la sociedad, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

ESTRATEGIAS

- Proporcionar información, orientación y capacitación a prestadores de servicios y población en general, para la prevención de la discapacidad.
- Establecer coordinación con las instituciones del sector salud para impulsar y fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de la discapacidad dirigida a la población general.
- Impulsar en las instituciones del Sector Salud acciones para la detección temprana y atención oportuna de defectos al nacimiento.
- Fortalecer los programas institucionales para reducir la incidencia de discapacidad visual y discapacidad motriz secundarias a enfermedades reumáticas y crónicas degenerativas, (Diabetes) principalmente en adultos mayores.

ACTUACIONES:

Divididas en tres áreas:

1) ATENCIÓN INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR:

- Información sobre el Certificado de Discapacidad (C.D.).
- Utilidades del C.D.
- Información prestaciones económicas.

2) ATENCIÓN GRUPAL:

- Talleres dirigidos a paliar el estrés de los cuidadores/as y familiares de personas con discapacidad y/o personas dependientes.
- Emociones Positivas.
- Bienestar personal del cuidador/a.
- Aprende a cuidarte y a cuidarlos.

3) ATENCIÓN COMUNITARIA

- Valoración de Programas relacionados con la Discapacidad.
- Organización de los cuidadores (as) de Personas con Discapacidad.

¿Qué quiere hacer el Programa?

El Programa de Acción quiere que las personas con discapacidad sean tratadas como ciudadanos iguales que los demás. Quiere que las personas con discapacidad estén incluidas en la sociedad, desde la perspectiva de la integración familiar.

Los principios del Programa

- La igualdad de oportunidades y los derechos. Todas las personas tienen que ser tratadas de la misma manera.
- La inclusión en la sociedad Las personas con discapacidad están más discriminadas.
- La Vida independiente Significa que las personas pueden ser autónomas. Que pueden tomar decisiones sobre sus vidas.
- Calidad de Vida Se trata de que las personas tengan una buena vida. Que puedan vivir bien.
- Las ayudas y los servicios a las personas con discapacidad tienen que ser personalizados. Cada persona es diferente y necesita apoyos diferentes.
- Las personas tienen que participar para que los servicios que se dan sean los que las personas necesitan.

Líneas de Acción

1. Vida independiente

- Las personas más dependientes necesitan más apoyos.
- Quiere que las ayudas y los servicios a las personas con discapacidad sean personalizados. Quiere que las personas puedan vivir de forma independiente. Quiere que las personas vivan bien.

Objetivos:

- Que las personas y sus familias puedan elegir los servicios que necesitan.
- Aumentar las acciones para que las personas sean autónomas y ayudar a las personas más dependientes.
- Promocionar los servicios de los centros terapias alternativas en base a las necesidades.
- Fomentar el ocio y el deporte.
- Mejorar el servicio de ayuda a domicilio.

- Ayudar a las personas que tienen problemas urgentes.
- Que las personas con discapacidad y las organizaciones que representan a personas con discapacidad participen en el desarrollo del plan de acción y crear una organización donde los responsables sean los cuidadores y/o familiares de los discapacitados.

2. Apoyo a las familias

Este programa ayuda a las familias que tienen una persona con discapacidad.

Objetivos:

- Apoyar a la familia en los Centros de Atención a Familias.
- Hacer un estudio sobre personas que tienen hijos con discapacidad para ofrecer mejores apoyos.
- Mejorar el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias entre familias.
- Educar al cuidador y/o familiar responsable sobre los cuidados en el hogar y los signos de alarma del discapacitado.

3. Prevención y Atención Temprana

Este programa quiere saber si una persona tiene discapacidad lo antes posible.

- Organizar al equipo de salud para orientar a las familias que tienen un niño con discapacidad.
- Facilitar a los niños que viven en pueblos poder tener atención temprana.
- Hacer un seguimiento de los niños con discapacidad y sus familias.
- Ampliar la atención prenatal a las personas con discapacidad. Esto significa dar servicios antes de que el niño nace.

4. Atención Sanitaria

Objetivos:

- Mejorar la salud buco-dental.
- Facilitar el acceso a la rehabilitación a personas con discapacidad física.
- Mejorar los servicios a personas con enfermedad mental y otros síndromes específicos.
- Dar a conocer la guía de orientación al paciente.

5. Participación social

Deporte: este quiere que las personas con discapacidad participen en las actividades deportivas.

Objetivos:

- Que las personas con discapacidad hagan deporte de forma habitual.
- Que el acceso de la persona discapacitada al deporte sea aceptado por la familia y la sociedad.

6. Atención a las personas con autismo

Este programa quiere que se conozca más a las personas con autismo. También quiere que los servicios sociales puedan trabajar mejor con las personas con autismo.

Objetivos:

- Que la atención de la salud a las personas con autismo sea buena.
- Sensibilizar a los cuidadores y/o padres de familia sobre la educación de niños con autismo en la educación.
- Evitar la discriminación de las personas con autismo.
- Apoyar a las familias de niños con autismo para la tranquilidad familiar.
- Capacitar a los cuidadores y familiares de personas con autismo.

7. Calidad e innovación

Este programa quiere hacer cosas nuevas para que los servicios para las personas con discapacidad sean mejores. Este programa también quiere hacer investigaciones para conocer más sobre discapacidad.

Objetivos:

- Trabajar más con las organizaciones de personas con discapacidad.
- Hacer el servicio a las personas y a sus familias adaptado a cada una de esas personas.
- Dar a conocer a la sociedad, los servicios existentes para las personas con discapacidad.
- Fomentar la participación de personas con discapacidad.

Componentes del Programa

Programa de Atención Integral Unificado.

Proceso de valoración de necesidades, verificación de situación y unificación de la ruta de Atención Integral por Familia. A partir de esta identificación familiar se realiza un plan de atención integral y se canalizan los miembros de la familia a los diferentes servicios de acuerdo a la necesidad detectada.

Propuesta Para Modelo De Atención Dirigido A Personas Con Discapacidad, Sus Familias, Cuidadoras Y Cuidadores.

✚ Fortalecimiento de la Responsabilidad Social y las redes comunitarias en el territorio.

Se canaliza la colaboración social en favor de la atención integral a las familias de niños con discapacidad. Se trata de sensibilizar y ganar aliados para avanzar en la inclusión social de la población con discapacidad y en generar un soporte social de base que permita acciones de cooperación y solidaridad.

✚ Desarrollo de capacidades y generación de oportunidades con las Personas con Discapacidad

El componente está dirigido a promover el desarrollo humano e inclusión social de las personas con discapacidad, a través del fortalecimiento de capacidades y la equiparación de oportunidades durante el transcurrir vital. Se configuran modalidades desde la situación particular de cada persona con discapacidad.

✚ Mejora de los cuidados en atención domiciliaria: Apoyo para la cuidadora familiar.

Que el equipo básico de salud trabajen en potenciar la atención domiciliaria, actuando con todas aquellas personas con dificultad para acceder a los servicios de salud.

🌈 Prevención y tratamientos de los problemas de movilidad relacionados con el cuidado.

Actuaciones de promoción y prevención tanto en el centro de salud como en el domicilio: hábitos posturales saludables, movilizaciones y ejercicios.

Actividades de autocuidado.

🌈 Mejora de atención a los cuidadores de grandes discapacitados.

Algunas cuidadoras por la situación de las personas a las que cuidan están en especial situación d sobrecarga. Son cuidadoras que cuidan a personas con grandes discapacidades y casi total dependencia para las actividades de la vida diaria, por ello necesitan aun de más apoyo, es necesario reconocer las actividades que realizan estas cuidadoras y mejorarla en la medida de lo posible atendiendo a criterios de equidad. Para ello es necesario realizar una valoración al paciente focalizándola en aquellos aspectos que definen el grado de discapacidad y otra valoración a la cuidadora para determinar el grado de esfuerzo, cansancio y apoyo familiar que soporta.

Perfil del paciente con gran discapacidad

- Paciente con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado.
- Pacientes con alto niveles de dependencia para el cuidado (alimentación, higiene, cambios posturales, eliminación) que recae en los cuidadores.
- Deterioro cognitivo.

Perfil de la cuidadora de gran discapacitado

- ✓ Asumir la responsabilidad principal de forma permanente
- ✓ No recibir remuneración económica por el cuidado del discapacitado
- ✓ Alto nivel de sobrecarga de la cuidadora
- ✓ Falta de apoyo percibido o funcional

Atención a la cuidador (a) del gran discapacitado

- Se priorizara a los cuidadores de grandes discapacitados en las consultas médicas, y en cualquier otro servicio ofertado en el centro de salud.
- Cuando se visite el domicilio se procurara entregar las recetas evitando así el desplazamiento de la cuidadora.
- La modalidad de atención para estas cuidadoras deberá ser preferentemente en el domicilio.

Plan de comunicación

Las medidas aquí propuestas se dirigen a las cuidadoras y al paciente que cuidan y han de ser aceptables de tal forma que no generen rechazo ni en los profesionales ni en el conjunto de la población usuaria. Por esto es necesario hacer llegar mensajes claros que expliquen la necesidad del plan.

Apoyo a la inclusión de niños y niñas con discapacidad en primera infancia.

Este busca apoyar la inclusión plena de niños y niñas con discapacidad en primera infancia a través de estrategias unificadas de atención que contemplan la georreferenciación para el ingreso, la asesoría a jardines infantiles públicos y privados en el desarrollo de niños y niñas con discapacidad y la realización de ajustes y productos de apoyo de baja intensidad en los ambientes de atención a la primera infancia que lo soliciten.

Ejercicio de ciudadanía

- El componente plantea promover el ejercicio de ciudadanía a nivel individual y colectivo, en procesos de formación, acompañamiento y gestión para la organización social de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores y actores interesados en el tema.
- Sistemas de control y monitoreo de los servicios a las familias y personas con discapacidad.
- Promoción de la eliminación de barreras.
- Este componente pretende que las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores vivan de forma independiente y participen plenamente en el ejercicio de sus derechos, minimizando o mitigando aquellas condiciones del discapacitado.

BENEFICIOS DEL PLAN

Dentro de un contexto general de Atención Integral a población vulnerable y diversa, el presente plan focaliza su atención en la población con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, con el fin de dar relevancia a las iniquidades sociales, económicas y culturales que afectan a la población con discapacidad desde tiempo atrás y que no se han superado a pesar de la legislación existentes y de los avances nacionales e internacionales en materia de inclusión social. Se trata no solamente de proteger a esta población para garantizar su supervivencia sino de, en lo posible, promover su desarrollo humano para lograr su autonomía e inclusión social. Si se logra empoderar a parte de esta población que se encuentra en estado de dependencia pero con capacidades y potencialidades para su desarrollo personal se estará aportando a disminuir la brecha de pobreza de la población y en tanto la condición de discapacidad está ligada a la situación de pobreza en virtud de las exclusiones y discriminaciones de que es víctima esta población.

Materiales y recursos:

- Guía de atención a los discapacitados
- Fichas familiares
- Tés de valoración de discapacidad
- Discapacitados y familia
- Comunidad
- Equipo de salud del distrito comunitario

Control

- Información: Para obtener la información necesaria para dar seguimiento a los indicadores que conforma el programa, se consulta el Sistema de Información en Salud (fichas familiares de las visitas domiciliarias)
- Supervisión: se harán supervisiones para ver los avances en cuanto a seguimiento de los lineamientos que marca el programa y sus resultados.

APÉNDICE N° 6: LISTADOS DE ASISTENCIA



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA La Universidad Católica de Loja MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

Capacitación a padres de Familia y/o Tutores de los discapacitados

FECHA: 2 - 10 - 2013

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
VERSENIA LASCANO	131003308-0	VERSENIA LASCANO
Tazmin Zambrano Lascano		Tazmin Zambrano
Piedad Cedeño	130807256-8	
Lucio Regalado Morcino	533226653-7	Lucio Regalado Morcino
Mendoza Pisco Angelina	131226599-3	Angelina Mendoza
Narciso Lombardo		Narciso Lombardo
Luis Fernandez Zambrano	131052223-8	Luis Fernandez
Amar Zambrano	130152732-9	Amar Zambrano
Guillermo Pardo Benavente	080464254-1	Pardo Benavente
Jorge Luis Valdivia Benavente		Jorge Valdivia
Angelina Lombardo El	130996917-6	Angelina Lombardo
Pico Morin Jose	131316248-7	Pico Morin
Luzmila Zambrano		
Maria Tania Liliana Huella	172361944-2	Liliana H.
Ana Jennifer Pincas Cedeño		Ana Jennifer
Luzmila Cedeño		Luzmila Cedeño

SUB-CENTRO DE SALUD
"COLO"

1001 DE APT
Lic. Jorgelina Gutierrez
del S.C.S. Colon.



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

FECHA: 9-10-2019

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
Raquel Karolína Bravo	131210980-2	Karol Bravo
Patricia Alava		Patricia Alava
Gloria Moreira M		Gloria Moreira M
Silvia Moreira		Silvia Moreira
Betty Moreira M	130544978-6	Betty Moreira
LILIANA MOREIRA MUÑOZ	1312017819	Liliana Muñoz
LOUR FERRIN Salazar	1313799016-6	LOUR FERRIN
Luzmila Cedeño		Luzmila Cedeño
Angela Lajia Mides	131155827-2	Angela Lajia Mides
Xavier García	1308802004	Xavier García
Beyan Mendoza B	130470695-3	Beyan Mendoza
Esperanza Archundea	130954820-2	Esperanza Archundea
Gladis Quijije	131142547-2	Gladis Quijije
MARITZA Ponce	1308447950	MARITZA Ponce
Orlando Páez	131042808-1	Orlando Páez
Jhoana Benita A.	131045211-2	Jhoana Benita

SUB-CENTRO DE SALUD
"COLON"
JEPATU - DE A...



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

Capacitación a padres de Familia y/o Tutores de los discapacitados

FECHA: 3 / 10 / 2013

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
Glória Moreira		Glória Moreira
Silvia Moreira		Silvia Moreira
Patrícia Alora		Patrícia Alora
Mary Cedom Vazals	130709360-5	Mary Cedom Vazals
María Pelaez		María Pelaez
Raquel Karoline Bravo	131210980-2	Raquel Bravo
Maria Mercedes Macias	131167061-4	Maria Mercedes Macias
Patricia Aldomado N.	130659470-4	Patricia Aldomado
Betty Moreira de	130544978-6	Betty Moreira
Loce Fernan Salazar	131379946-7	Loce Fernan Salazar
Marlene Zambono Sandoval	130830391-4	Marlene Zambono
Guadalupe B. Ayres	131380286-8	Guadalupe B. Ayres
Deisele Salento Topia	1306077700	Deisele Salento Topia
Angela Gutierrez Lirio	130254030-5	Angela Gutierrez
Liliana Herrera Muñoz	1313017844	Liliana Herrera
Luzmila Cedeño		Luzmila Cedeño

809 CENTRO DE SALUD
LOJA
10/10/2013



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

FECHA: 3/10/2019

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
Miriam Z. de Viquez	130750447-0	Miriam Z. de Viquez
Xavier Cerviz	1309807004	Xavier Cerviz
Esperanza Archundata	130954820-2	Esperanza Archundata
Norma Parra	1308447950	Norma Parra
Claudia Franco Bucos	1309019402	Claudia Franco Bucos
Driano Pirego	131042808-1	Driano Pirego
Johaira Bonilla Nombela	131045711-2	Johaira Bonilla Nombela
Angela Espinosa M	131155827-2	Angela Espinosa M
Luján Paredes	130440695-3	Luján Paredes
Theresa S. Llanusa	131313015-3	Theresa S. Llanusa
Estefanía Balcas	131032357-2	Estefanía Balcas
Ana Delgado	1310472558	Ana Delgado
Eladio Quijije	131142547-2	Eladio Quijije
Ximara Antezaga	130938308-9	Ximara Antezaga
Rocio Madas M	1309499356	Rocio Madas M
Betsy Wierunga	1307999860	Betsy Wierunga

SUB-CENTRO DE SALUD
"COLON"
JEPATU - DE AT



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

Capacitación a padres de Familia y/o Tutores de los discapacitados

FECHA: 4-10-2019

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
LILIANA MOREIRA MUÑOZ	1312017849	
Gloria Moreira M		Gloria Moreira M
Patricia Alava		Patricia Alava
Raquel Kord Pro Bravo	131210980-2	
LOOR FERRIN SARRINO	1313749016-7	
Marcia Marcia Liliama Alimella	142361944-2	Liliama A.
Luzmila Cedeño		Luzmila Cedeño
LUIS FERNANDEZ ZAMBRANO	131052223-8	
Pico Macias Juri	131316248-7	
Lavin Zambrano		Lavin Zambrano
Silvia Moreira		Silvia Moreira
YESSSENIA LASCANO	131003208-0	YESSSENIA LASCANO
Mendoza Pisco Angelina	131226599-3	Angelina Mendoza
Betty Moreira M	130544978-6	Betty Moreira
Aura Zambrano	130152732-9	
Maryuri Zambrano M	1307407666	

SUB-CENTRO DE SALUD
COLONIA
SECCION DE AREA NO 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

FECHA: 4-10-2019

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
Espejano, Incheandia	130954820-2	Espejano
Orlando Birego	131042000-1	Orlando Birego
Moniza Ponce Ruiz	1308447950	Moniza
Angelica Birego	1309019402	Angelica Birego
Angelica Birego	131855827-2	Angelica Birego
Angela Birego	130440695-3	Angela Birego
Clara Birego	1309019402	Clara Birego
Idroia Benilla Arimbulo	1310157112	Idroia Benilla Arimbulo
Idroia Benilla Arimbulo	131313012-3	Idroia Benilla Arimbulo
Ing. Anacely Navarete	130809422-4	Ing. Anacely Navarete
Macias Horacio Miram	130750447-0	Macias Horacio Miram
Rocio Macias M	1309499356	Rocio Macias M
Betsy Wierunga B.	1307999860	Betsy Wierunga B.
Carlos Alfredo Vinces Quiroz	131265061-5	Carlos Alfredo Vinces Quiroz
Eladio Quiroga	131142547-2	Eladio Quiroga
Xavier Garza	1309807024	Xavier Garza

SUP. CENTRO DE SALUD
"COLON"
JEPATON DE AT



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
LISTA DE ASISTENTES

FECHA: 5-10-13

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
Marjuri Zambano M	1307407666	Marjuri Zambano M
Angela B. M.	131155827-2	Angela B. M.
Carlos Alberto Vences Quing	131265061-5	Carlos Alberto Vences Quing
Betsy Wierunga B.	1307999860	Betsy Wierunga B.
Claudia Bravo Lucas	1309019402	Claudia Bravo Lucas
Xavier Garza	130380700	Xavier Garza
Bayan Pauloz Carranza	130470695-3	Bayan Pauloz Carranza
Johanna Beniller Ambulo	131045211-2	Johanna Beniller Ambulo
J. J. J. J.	13113012-3	J. J. J. J.
Lenny Macely Navarrete	130809422-4	Lenny Macely Navarrete
Heida Morán Mirón	130750447-0	Heida Morán Mirón
Eladio Quijano	131142547-2	Eladio Quijano
Rocio Macias Mera	1309499356	Rocio Macias Mera
Dixona Birego L.	131042888-1	Dixona Birego L.
Monte Ponce	1308447950	Monte Ponce
Esperanza Archundia	130954820-2	Esperanza Archundia

SUP-CENTRO DE SALUD
"COLON"
JEPATU DE AT



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTA DE ASISTENTES

FECHA: 5/10/2019

NOMBRES	Nº DE CEDULA	FIRMA
LILIANA MORIRA MUÑOZ	131201784-9	
Gloria Morira M		Gloria Morira M
Betty Morira M	130544978-6	Betty Morira
Pico Macias Jose	131316248-7	
Lorin Zambrano		Lorin Zambrano
LUIS FERNANDEZ ZAMBRANO	131052223-8	
YESSANIA LASCANO	131003708-0	YESSANIA LASCANO
Raquel Mardina Bravo	131210980-2	
Macias Macias Liliana Mirella	142361944-2	Liliana M.
Luzmila Cedeño		Luzmila Cedeño
Patricia Alava		Patricia Alava
Angelina Mendoza Pisco	131226599-3	Angelina Mendoza
Morales Silvia		Morales Silvia
Aura Zambrano	130152732-9	
Mendoza Zambrano Sandra	130830391-4	

SUB-CENTRO DE SALUD
"COLON"
DEPARTAMENTO DE AT

APÉNDICE N° 7: ENCUESTA



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES DEL DISCAPACITADO

FECHA:

PREGUNTAS	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR
1. ¿EL LENGUAJE UTILIZADO POR EL EXPOSITOR FUE?				
2. ¿LA FORMA COMO EL EXPOSITOR RESOLVIO SUS DUDAS?				
3. ¿CÓMO CATALOGA USTED QUE FUERON LOS EXPOSITORES?				
4. ¿CÓMO CALIFICA USTED EL MATERIAL DE APOYO?				
5. ¿CÓMO CREE USTED QUE FUE EL AMBIENTE (AUDITORIO)?				
6. ¿CÓMO CREE USTED QUE FUE EL HORARIO UTILIZADO?				
	SI	NO		
7. ¿CREE UD QUE CON LOS CONOCIMIENTOS IMPARTIDOS MEJORARA EL CUIDADO FAMILIAR DEL DISCAPACITADO?				
8. ¿LOS TEMAS TRATADOS ME APORTAN Y LOS PUEDO PONER EN PRACTICA?				

APÉNDICE N° 8: LISTA DE DISCAPACITADOS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CI	EDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	% DE DISCAPACIDAD	DIRECCIÓN
1	AGUAYO HIDALGO CARLOS ENRIQUE	1310379704	17	INTELLECTUAL	79	Colón calle Francisco Miranda
2	AGUAYO HIDALGO PATRICIA LISBETH	1310379571	15	INTELLECTUAL	79	Colón calle Francisco Miranda
3	ALCIVAR QUIROZ GEMA JULISSA	1311379562	19	FISICA	75	Colón, Loma linda
4	ANCHUNDIA PARRAGA BRYAN EDUARDO	1312741844	11	FISICA	65	Mapasinge
5	ARGANDOÑA LOOR LEONIDAS ANSELMO	1312153743	10	INTELLECTUAL	50	Mapasinge
6	ARTEAGA GUADAMUD ILIANA MONSERRATE	1312776378	5	FISICA	98	El Pollo
7	BARBERAN OCHOA WILLINGTON ALEJANDRO	1312365503	4	FISICA/INTELLECTUAL	40	Mapasinge
8	BAZURTO AGUAYO ROSA MARIA	1312401175	10	INTELLECTUAL	70	San Ignacio
9	BRIONES SOSA MARIA FERNANDA	1313216291	19	INTELLECTUAL	70	El Cady
10	CEDEÑO MORAN TONY MICHAEL	1313236471	17	FISICA	95	San Pedro
11	CEDEÑO MOREIRA GEMA MERCEDES	1309763314	2	FISICA	70	Estancia Vieja
12	CELORIO SORNOZA HECTOR HERNAN	1315582633	10	INTELLECTUAL	44	Colón calle 30 de septiembre
13	CUSME CELORIO GEMA GISSELLA	1311738973	11	INTELLECTUAL	78	La Mocora
14	FERNANDEZ MERA RAMON ENRIQUE	1314890169	3	FISICA	80	Colón calle Portoviejo
15	FERNANDEZ MOREIRA CRISTHIAN ANDRES	1312189192	12	FISICA/INTELLECTUAL	40	Colón La Cantera
16	GARCIA CEDEÑO JESSICA CECIBEL	1313213017	1	FISICA	50	Mapasinge
17	GARCIA MERA ROLANDO MISAEAL	1314901610	16	FISICA	40	Mapasinge
18	LOOR OCHOA ANGELA LUCIA	1302893308	5	FISICA	75	Calle 30 de Septiembre
19	MACIAS CEDEÑO JORGE LUIS	1314412774	12	AUDITIVA/FISICA	40	Mapasinge
20	MACIAS CEVALLOS JHONNY EUGENIO	1308053006	7	INTELLECTUAL	78	El Cady
21	MACIAS CEVALLOS WILVER ELIAN	1313580472	9	FISICA	75	La Mocora
22	MACIAS CEVALLOS KELVIN FERNADO	1310856479	11	MENTAL	80	El Cady
23	MACIAS MERA MARYURY CRISTINA	1311715609	12	MENTAL	80	Pachinche
24	MERA LOPEZ ISABEL MONSERRATE	1312186131	6	FISICA	40	Mapasinge
25	MERA PINCAY NAYELY MONSERRATE	1314047182	7	PSICOLOGICA	70	Mapasinge
26	MERA ZAMORA MARIA MONSERRATE	1315981496	2	FISICA	65	Pepa de uso
27	MERO DELGADO LUIS FERNANDO	1312180910	9	INTELLECTUAL	45	La Mocora
28	MIELES CELORIO ALVARO FRANCISCO	1309694147	2	FISICA	60	La Mocora
29	MOLINA ALCIVAR RAMON HUMBERTO	1309815205	2	FISICA	98	La Mocora
30	MOREIRA VELEZ JOSE MIGUEL	1313250522	14	FISICA	95	San Pedro
31	MORRILLO CEDEÑO ANA MARIA	1310700933	17	AUDITIVA	40	San Ignacio
32	NAVARRETE QUIROZ SERGIO ANTONIO	1310505324	4	INTELLECTUAL	80	San Pedro
33	PARRAGA CEDEÑO KENDY ROBERTO	1309783916	17	INTELLECTUAL	75	El Cady
34	PINARGOTE MAITTA RICHARD ANDREY	1315711414	2	FISICA	45	Colón calle Portoviejo
35	PISFIL MERA RONNY MAURICIO	1313232470	17	FISICA	35	Colón vía Santa Ana
36	QUIJIJE WIERINGA RINNY DAYANARA	1310348741	16	Auditiva/Fisica/Intellectual	90	El Cady
37	RODRIGUEZ MERCHAN JIMMY ROMAN	1304023136	7	FISICA	60	San Ignacio
38	SILVA ZAMBRANO NARCISO JESUS	1315936126	1	FISICA	70	San Ignacio
39	VINCES SORNOZA MIRIAM CECILIA	1309343588	4	AUDITIVA	59	San Ignacio

40	ZAMBRANO ALVAREZ GUIDO AUGUSTO	1300086814	15	FISICA	45	Pachinche
41	ZAMBRANO CORDOVA ANGELA LIDIA	1313213025	13	AUDITIVA	70	Mapasinge
42	ALAVA MOREIRA ERICK CRISTHOPER	1316519951	5	VISUAL	55	La Mocora

APÉNDICE N° 9: CRONOGRAMA DE SUPERVISION A DISCAPCITADOS

CRONOGRAMA DE SUPERVISIÓN A LOS DISCAPACITADOS					
		ENERO (1era visita)		FEBRERO (2da visita)	MARZO (3ra visita)
FAMILIA	Lugar	Hallazgos anteriores	Evolución	Evolución	Evolución
ANCHUNDIA PARRAGA	Mapasingue	* no traslada adecuadamente al discapacitado *déficit de participación familiar en el cuidado *escaso incentivo de independencia en las actividades	*mejora posiciones en el traslado *se muestra más interés familiar *desarrolla actividades diarias por si solo	*usa y conoce mecánica corporal *Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño *el tutor se desenvuelve con menor estrés en el hogar y participa en grupos comunitarios
ARGANDOÑA LOOR		* déficit de participación familiar en el cuidado *debilidades en la comunicación interactiva *escases de conocimiento en el tipo de discapacidad *alimentación inadecuada	*padres comprometidos, fortalece la comunicación familiar *se incluyen suplementos en la dieta	*papá y hermanos ayudan en el cuidado del niño * mejora la alimentación y aumento de peso del niño	*preparación y dieta adecuada con suplementos. *integración de la familia en la comunidad
GARCIA MERA		* traslado inadecuado del niño *debilidades en la comunicación * higiene bucal incorrecta *alimentación inadecuada	*padres conocen mecánica corporal *recibe atención odontológica *aumenta consumo de proteínas en alimentación	* tutores hacen uso de la mecánica corporal en el traslado *mejora la intercomunicación *mejora el cepillado bucal * preparación y consumo de una dieta adecuada *desarrollo de actitudes positivas	* tutores con menos estrés y más activos * buena higiene bucal *interrelación familiar fortalecida
ZAMBRANO CORDOVA		* déficit de participación familiar en el cuidado *debilidades en la comunicación *sobrepotección de los tutores *tutor descuida su salud	* se observa interés familiar en el cuidado *disminuyen los problemas en la comunicación * permiten la participación del niño en actividades en la comunidad	* tutor comparte tareas en el hogar *familia participa en actividades de la comunidad * tutor presenta interés por su salud	* mejora las actividades escolares * interrelación socio familiar fortalecida
BARBERAN OCHOA		* escases de información sobre el desarrollo del discapacitado *dificultades para comunicarse con la familia	* se brindan información a la familia * mejora el patrón de comunicación entre la familia y el discapacitado	*Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente *la familia busca ayuda especializada	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño

		*no recibe atención especializada	*se muestra más interés familiar en el desarrollo del niño		
MACIAS CEDEÑO		* discapacitado presenta síntomas de gripe * madre abarca al 100% cuidados del niño * autoestima baja	* discapacitado recibe atención medica * se integra a la familia en el cuidado diario * se observa desarrollo de actitudes positivas	* mejora condiciones de salud del niño discapacitado *familiares participan en el cuidado del niño *Familiares buscan desarrollo de auto-dependencia del niño discapacitado	* mejora condiciones del niño discapacitado *familia aplica los conocimientos impartidos
MERA LOPEZ		* niño presenta síntomas de desnutrición *familia no participa en el cuidado familiar * familia no planifica educación	*se incluyen suplementos en la dieta *se integra a la familia en el cuidado *se muestra opciones para la educación del discapacitado	* mejora la preparación de la dieta del niño *familia participa en el cuidado del discapacitado *padres muestran interés en la educación del niño	*El discapacitado mejora condiciones de salud y de nutrición *familia y discapacitado participa en actividades comunitarias
MERA PINCAY		* problemas de comunicación e interrelación familiar * problemas de autoestima familiar	* mejora vínculos de comunicación *familia participa en cuidado diario del niño *entorno familiar positivo	* continua mejorando relación y comunicación familiar * ambiente familiar emprendedor y participativo	* familia aplica cuidados adecuados al discapacitado, y planifican educación especial para el niño discapacitado
GARCIA CEDEÑO		* discapacitado con problemas convulsivos *problemas de baja autoestima *padres desorientados en el cuidado del hogar	*padres buscan ayuda especial *mejora vínculo familiar *mejoran los cuidados en las actividades diarias	*padres continúan asistiendo a control en el centro de rehabilitación *se observa actitudes positivas * familia conoce del tipo de discapacidad y sus cuidados	* familia fortalecida en autoestima y cuidados del niño con discapacidad
ZAMBRANO ALVAREZ	Pachinche	* traslado inadecuado del niño *debilidades en la comunicación * gripe *alimentación inadecuada	*familia conoce mecánica corporal * mejora comunicación discapacitado familia *mejora condiciones de salud	* aplica mecánica corporal en el traslado *usa utensilios de traslado adecuadamente *se implementa suplementos vitamínicos en la	* familia aplica correctamente los cuidados establece vínculos con instituciones de salud.

			*mejora en la preparación de alimentos	dieta	
MACIAS MERA		*sobreprotección al discapacitado *debilidades en comunicación	* mejora el lenguaje de comunicación * comparten actividades familiares	* discapacitado desarrolla habilidades * familia comparte actividades con el discapacitado	* se continua evaluando mejorando condiciones familiares proporcionando
ARTEAGA GUADAMUD	El Pollo	* niño presenta desnutrición *familia no participa en el cuidado familiar * cuidados de la piel incorrectos, enrojecimiento en zonas de presión	*se incluyen suplementos en la dieta *se integra a la familia en el cuidado *tutor aplica hidratantes en la piel * aplica mecánica corporal en el traslado	* mejora la preparación de la dieta del niño *familia participa en el cuidado del discapacitado * mejoran los cuidados de la piel *aplican cambios de posición * usa utensilios de auto-dependencia de manera correcta	*El discapacitado mejora condiciones de salud y de nutrición *familia y discapacitado participa en actividades comunitarias
CRONOGRAMA DE SUPERVISIÓN A LOS DISCAPACITADOS					
		ENERO (1era visita)		FEBRERO (2da visita)	MARZO (3ra visita)
FAMILIA	Lugar	Hallazgos anteriores	Evolución	Evolución	Evolución
AGUAYO HIDALGO	Calle Francisco Miranda	* higiene oral inadecuada, caries * familia no participa en actividades de la comunidad *madre 100% responsable del cuidado de los niños	*recibe atención odontológica *se observa mayor participación familiar * padre participa en el cuidado de sus niños discapacitado, reconoce su lenguaje mejora comunicación	* mejora higiene bucal *familia acude y participa en actividades del club de la comunidad *asiste a paseos familiares	* Ambos niños discapacitados acuden a escuela especial, padres aprovechan y disponen de mayor tiempo para sus actividades. *mejora la relación socio-familiar, y el manejo del cuidado del hogar.
CELORIO SORNOZA	Calle 30 de Septiembre	* higiene oral inadecuada, caries * baja autoestima *actitudes familiares negativas	* recibe atención odontológica *busca atención psicológica *se mejora la comunicación familiar	* niño desarrolla actividades de auto dependencia * mejora autoestima * se observa integración familiar	* familia participa en actividades conjunta con el niño discapacitado, buscando la ayuda profesional necesaria proporcionando un ambiente de progreso para el niño
LOOR OCHOA		*sobreprotección familiar *poco conocimiento de	*muestra interés por adquirir información para el desarrollo de su hija	* reconoce los signos de alarma del niño *sigue las	* crece autoestima, desarrolla niveles de autocuidado y auto dependencia.

		preparación adecuada de alimentos	* mejora la alimentación del niño y del tutor	instrucciones médicas para el cuidado de su hija	*familia planifica la educación del niño
FERNANDEZ MERA	Calle Portoviejo	*problemas de baja autoestima *tutor presenta problemas de dolor lumbar *no conoce formas de relajación y disminución del estrés	* Tutor distribuye su tiempo. *Se integra la familia al cuidado del hogar *Recibe información de formas de relajación	*Discapacitado recibe atención en centro de rehabilitación * familia participa conjuntamente con el niño en sus terapias *tutor realiza caminatas con miembros de la comunidad	*notablemente se mejora el ambiente familiar aplicando los conocimientos adquiridos
PINARGOTE MAITTA		*sobrepotección familiar *estrés del tutor *escasa participación familiar	* crea actividades de auto dependencia * familia cuida la salud de ambos *se integra la familia al cuidado del niño	* agarra la cuchara y trata de comer por si solo *acude a controles frecuentes a la unidad de salud *hermanos ayudan en lo quehaceres del hogar	* mejora niveles de autocuidado, y relación socio-familiar.
PISFIL MERA	Vía Santana	* Escasa participación comunitaria	* se integra a la familia en la búsqueda y orientación de beneficios para su hijo	* discapacitado muestra interés de trabajo comunitario	* familia participa conjuntamente con el discapacitado en la comunidad
ALCIVAR QUIROZ	Loma Linda	* no traslada adecuadamente al discapacitado *déficit de participación familiar en el cuidado *escaso incentivo de independencia en las actividades	*mejora posiciones en el traslado *se muestra más interés familiar *desarrolla actividades diarias por si solo	*usa y conoce mecánica corporal *Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño *el tutor se desenvuelve con menor estrés en el hogar y participa en grupos comunitarios
MACIAS CEVALLOS	Mocora	* higiene oral inadecuada, caries * baja autoestima * no traslada adecuadamente al discapacitado	*mejora posiciones en el traslado * desarrolla actitudes positivas *se nota mejoría en el traslado del niño	*usa y conoce mecánica corporal *mejora autoestima * hace uso de la mecánica corporal en el traslado del niño	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño mejorando y superando las debilidades encontradas

MIELES CELORIO		* irritación y enrojecimiento de la piel *condición de higiene inadecuada *escasa participación familiar	*se enseña formas de mantener la integridad de la piel *se nota leve mejoría en las prácticas de higiene	*tutora prepara y adquiere cremas de hidratación para la piel del niño *cambia de vestimenta al niño las veces requeridas	*Familia se integra al cuidado del niño adquiriendo responsabilidades disminuyendo con ello la sobrecarga de trabajo al tutor *La piel del niño mejora se le observa más hidratada y suave sin irritaciones
MERO DELGADO		* déficit de participación familiar en el cuidado *debilidades en la comunicación interactiva *escases de conocimiento en el tipo de discapacidad	*padres comprometidos, fortalece la comunicación familiar *se brinda información sobre el tipo de discapacidad y formas de desarrollo	*papá y hermanos ayudan en el cuidado del niño *familia muestra interés y crea oportunidades de participación comunitaria	*integración de la familia en la comunidad
MOLINA ALCIVAR		*condición de higiene inadecuada *escasa participación familiar *baja autoestima	*mejora la practicas de higiene - Se busca la integración de la familia	* papa y hermanos de discapacitados participan en actividades del hogar *se crean actividades de desarrollo familiar *familia muestra actitudes positivas	* el discapacitado se le observa mejor apariencia, con una familia integrada en la comunidad
CUSME CELORIO		* higiene oral inadecuada, caries * baja autoestima *actitudes familiares negativas	* recibe atención odontológica *busca atención psicológica *se mejora la comunicación familiar	* niño desarrolla actividades de auto dependencia * mejora autoestima * se observa integración familiar	* familia participa en actividades conjunta con el niño discapacitado, buscando la ayuda profesional necesaria proporcionando un ambiente de progreso para el niño
ALAVA MOREIRA		*desorientación en el plan educativo *problema neurológico	*se orienta a la familia para la educación del niño	*familia desarrolla habilidades de autocuidado y manejo de problemas neurológicos del niño	* se logra la inscripción del niño en la escuela especial
FERNADEZ MOREIRA	La Cantera	* desnutrición del discapacitado * baja autoestima *poca integración y participación familiar	* se incluye suplementos en la alimentación *se educa en la preparación de alimentos *niño y familia participa con la comunidad	*mejora la preparación de la alimentación *se observa leve mejoría en el estado nutricional y aumento de peso *familia acude a reuniones y paseos	* en este ve se logra la valoración especializada del niño, satisfaciendo las necesidades del mismo con la integración de la familia en el cuidado

				en conjunto	
CEDEÑO MOREIRA	Estancia Vieja	*problemas de baja autoestima *tutor presenta problemas de dolor lumbar *no conoce formas de relajación y disminución del estrés	* Tutor distribuye su tiempo. *Se integra la familia al cuidado del hogar *Recibe información de formas de relajación	*Discapacitado recibe atención en centro de rehabilitación * familia participa conjuntamente con el niño en sus terapias *tutor realiza caminatas con miembros de la comunidad	*notablemente se mejora el ambiente familiar aplicando los conocimientos adquiridos
QUIJIJE WIERINGA	El Cady	* no traslada adecuadamente al discapacitado *déficit de participación familiar en el cuidado *escaso incentivo de independencia en las actividades	*mejora posiciones en el traslado *se muestra más interés familiar *desarrolla actividades diarias por si solo	*usa y conoce mecánica corporal *Familia ayuda en los cuidados del niño *el discapacitado es menos dependiente	* la familia participa activamente en el desarrollo del niño *el tutor se desenvuelve con menor estrés en el hogar y participa en grupos comunitarios
MACIAS CEVALLOS		*poco conocimiento de preparación adecuada de alimentos *alimentación inadecuada *debilidades de comunicación	*mejora en la preparación de alimentos * se incluye suplementos en la alimentación * mejora comunicación discapacitado familia	* maneja la dieta de los niños de manera adecuada *recibe atención nutricional *familia desarrolla habilidades de comunicación	* La familia continua integrándose brindando mejores cuidados a los niños discapacitados
BRIONES SOSA		* alimentación inadecuada *problemas de desnutrición *madre con sobrecarga de trabajo en actividades diarias	* se incluye suplementos en la alimentación *continua con bajo peso para s edad *se busca integrar a papá y hermanos en el cuidado del niño	*tutora prepara dieta de acuerdo a las necesidades y requerimientos *padre participa en el cuidado de su hija	*familia participa en actividades comunitarias compartiendo responsabilidades disminuyendo la carga de trabajo de la tutora
PARRAGA CEDEÑO		*problemas de epilepsia *problemas bucales y caries	*niño recibe atención especializada *recibe atención odontológica, profilaxis bucal	*familia sigue las indicaciones médicas y acude a los controles con su especialista *mejora la salud oral	*la familia afronta con actitudes positivas los problemas del discapacitado, distribuyendo las responsabilidades en el hogar

