

**INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO
“SAN GABRIEL”**



CARRERA DE TECNOLOGÍA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Tecnóloga Superior
en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% DE LA FUNDACIÓN JESÚS
RESUCITADO DE LA COMUNIDAD DE CAPODARCO DEL ECUADOR, CANTÓN
PENIPE, PROVINCIA CHIMBORAZO. ENERO-ABRIL 2022.

Autora: María Ángela Fernández Tenemaza

Tutora: Lic. Jessica Belén Arévalo Chavarrea

RIOBAMBA- ECUADOR

ABRIL - 2023

CERTIFICACIÓN

Certifico que la estudiante María Ángela Fernández Tenemaza con el número único de identificación 060467269-1 ha elaborado bajo mi asesoría el trabajo de Investigación titulado: PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% DE LA FUNDACIÓN JESUS RESUCITADO DE LA COMUNIDAD DE CAPODARCO DEL ECUADOR, CANTÓN PENIPE, PROVINCIA CHIMBORAZO. ENERO-ABRIL 2022.

Por tanto, autorizo la presentación para la calificación respectiva.

Lic. Jessica Belén Arévalo Chavarrea
Profesora del ISTSGA

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal de graduación de la investigación titulada: “PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% DE LA FUNDACIÓN JESÚS RESUCITADO DE LA COMUNIDAD DE CAPODARCO DEL ECUADOR, CANTÓN PENIPE, PROVINCIA CHIMBORAZO ENERO-ABRIL 2022”, presentado por: María Ángela Fernández Tenemaza y dirigido por: Lic. Jessica Belén Arévalo Chavarrea. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el trabajo final de la investigación con fines de graduación escrito. Da cumplimiento con las observaciones realizadas, remite el presente para uso y custodia en la biblioteca del Instituto Superior Tecnológico “San Gabriel”.

Para constancia firman:

Lcda. Daysi Acosta
Presidente del tribunal

Lcda. Adriana Coloma
Miembro 1

Lcda. Jimena Salazar
Miembro 2

Nota del trabajo de titulación

AUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN

Declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica y personal. En donde los objetivos, resultados y las conclusiones es de absoluta responsabilidad y corresponden exclusivamente a: Fernández Tenemaza María Ángela (tutora), Arévalo Chavarrea Jessica Belén (tutor) y el contenido de la misma al Instituto Tecnológico "San Gabriel".

María Ángela Fernández Tenemaza
NUI:0604672691

DEDICATORIA

Esta tesis dedico a mis Padres porque ellos estaban en los buenos y malos momentos dándome esas fuerzas necesarias para salir adelante, también a mis hermanos que me ayudaron económicamente gracias a ese apoyo incondicional estoy donde estoy, también dedico esta tesis para mí mismo porque con el esfuerzo y dedicación he llegado hasta esta altura.

ANGELA

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud y mi agradecimiento a Dios, al Instituto Superior Tecnológico “San Gabriel” a mis docentes y en especial a mi tutor por su ayuda, paciencia y dedicación.

Agradecerle también a toda mi familia especialmente a mis padres por estar presentes en todos mis logros.

A mis amigos de toda la vida que me acompaña desde siempre.

ANGELA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	XIV
SUMMARY	XV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO REFERENCIAL	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	5
1.3. OBJETIVOS	6
1.3.1. Objetivos General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. DISCAPACIDAD	7
2.2. PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	7
2.2.1. Causas de la Discapacidad Intelectual	8
2.2.2. Características esenciales de las personas con Discapacidad Intelectual	9
2.2.3. Discapacidad	14
2.2.4. Evolución de la percepción de la discapacidad	15
2.2.5. La salud de las personas con discapacidad	16
2.2.6. Principios de la salud de personas discapacidades	16
2.2.6.1. Primer principio	16
2.2.6.2. Segundo principio	17
2.2.6.3. Tercer principio	17
2.2.6.4. Cuarto principio	17
2.2.7. 18	

Tipos de discapacidades	18
2.3. DISCAPACIDAD COGNITIVA E INTELECTUAL	21
2.3.1. Autismo	21
2.3.1.1. Comunicación	21
2.3.1.2. La interacción social.....	22
2.3.2. El Síndrome Down	22
2.3.3. Síndrome de Asperger	23
2.3.4. Síndrome de West	23
2.3.5. Retraso Mental	23
2.3.6. Grados de la Discapacidad	24
2.4. ENFERMERÍA	25
2.4.1. La enfermería como ciencia.....	25
2.4.2. Importancia del cuidado de enfermería.....	25
2.4.3. Intervención de enfermería	26
2.4.4. Las Guías de Intervención	27
2.4.5. El Proceso de Atención de Enfermería	27
2.4.5.1. Etapa de valoración	28
2.5. CUIDADOR FAMILIAR.....	31
2.5.1. TEORIZANTE VIRGINIA HENDERSON	32
2.5.2. Función propia de la enfermería	32
2.5.3. Tendencia y modelo	32
2.5.4. Método de aplicación del modelo.....	32
2.5.5. Distintos elementos del metaparadigma de enfermería	33
2.5.6. Necesidades humanas básicas	33
2.5.7. Identificación del paciente.....	35
2.6. VALORACIÓN A LAS NESECIDADES ALTERADAS DE VIRGINIA HENDERSON DEL TEORIZANTE.....	35

2.7. RESEÑA HISTÓRICA.....	43
CAPÍTULO III	44
MARCO METODOLÓGICO	44
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.3. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	45
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.6. DEFINICIÓN DE POBLACIÓN O MUESTRA	45
3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS.....	45
3.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
CAPÍTULO IV	46
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS	46
4.1. VALORACIÓN POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	46
4.2. DATOS TABULADOS	48
CAPÍTULO V.....	63
5.1. PLAN DE INTERVENCIÓN YANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO	63
6.CONCLUSIONES.....	91
7.RECOMENDACIONES	92
8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	103
ANEXO N° 1.....	104
ANEXOS N° 2	105
ANEXO N°3.....	108
ANEXO N° 4.....	109
ANEXO N° 5.....	112

ANEXO N° 6.....	114
ANEXO N° 7.....	121

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Las 14 necesidades de virginia Henderson teorizante	47
Tabla 2: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de la alimentación.	66
Tabla 3: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico Intercambio Gacioso.....	70
Tabla 4: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de eliminar por todas las vías corporales.....	74
Tabla 5: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de comunicación verbal.....	78
Tabla 6: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de vestir.....	82
Tabla 7: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico del sueño.....	86
Tabla 8: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de la alimentación.	90
Tabla 9: Materiales utilizados con la paciente en la ejecución.	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cuál de estas discapacidades cree que tiene la paciente	48
Gráfico 2: Suele realizar las cosas por sí mismo la paciente.....	49
Gráfico 3: Usted como personal de salud de la fundación como podría evaluar la discapacidad de la paciente María	50
Gráfico 4: Cómo es la relación de la paciente con los demás compañeros internos de la fundación.....	51
Gráfico 5: La paciente puede hacer las cosas sola o con ayuda de alguien.....	52
Gráfico 6: Qué alimentos consume María en la fundación	53
Gráfico 7: Ella reconoce cada uno de los alimentos que consume a diario o no .	54
Gráfico 8: Consume las 3 comidas diarias	55
Gráfico 9: Cuántas horas usted dedica al cuidado de la paciente con respecto a su vida diaria	56
Gráfico 10: Cómo son las condiciones donde María habita todos los días.....	57
Gráfico 11: Qué actividades recreativas se le dificultan más a ella	58
Gráfico 12: Le gustaría a usted que la paciente se independice	59
Gráfico 13: Sabe usted que es el autocuidado.....	60
Gráfico 14: Cada que tiempo toma sus medicamentos la paciente	61
Gráfico 15: Con qué frecuencia acude la paciente a los chequeos de su enfermedad.....	62

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1: Revisión de HCL	Fotografía 2: Revisión de HCL	108
Fotografía 3: Preparación de la bandeja para el almuerzo de la paciente		114
Fotografía 4: Valoración física de la paciente		114
Fotografía 5: Ayuda en vestir y en amarrar las zapatillas de la paciente		115
Fotografía 6: Ayuda en el cepillado dental a la paciente		115
Fotografía 7: Asistencia en el peinado a la paciente		116
Fotografía 8: Ayuda en la repartición de los alimentos del Almuerzo de la paciente		116
Fotografía 9: Toma de signos Vitales la temperatura corporal		117
Fotografía 10: Asistencia en vestir a la paciente		117
Fotografía 11: Colaboración en la alimentación.		118
Fotografía 12: Acompañar al baño a la paciente cada dos hora.		118
Fotografía 13: Asistencia de pintar los dibujos.		119
Fotografía 14: Acompañando a la paciente en el descanso como es dormir		119
Fotografía 15: Toma de signos Vitales la Presión Arterial.		120
Fotografía 16: Ayuda en escribir sus propios nombres.		120

RESUMEN

La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades para que una persona pueda desenvolverse en su entorno. Es decir, una persona con discapacidad intelectual presenta dificultades para adaptarse al medio, en las condiciones esperadas para su edad, debido a una limitación de sus capacidades cognitivas. Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo el desarrollar un plan de intervención de enfermería a un paciente de la Fundación Jesús Resucitado de la comunidad de Capodarco en el Cantón Penipe, Provincia Chimborazo, poniendo en práctica las 14 necesidades de las teorizantes de enfermería de Virginia Henderson y los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon. La metodología utilizada fue descriptiva, de campo y bibliográfico; además se aplicó la hoja de “conocimiento informado” a las cuidadoras y a la directora previo a la información y respuestas que fueran a dar del paciente. Como instrumento de investigación se aplicó una encuesta a todo el personal de la fundación y ellos dieron a conocer que la paciente tiene una necesidad notoria de realizar las actividades por sí misma. Para contribuir en los objetivos planteados, se ejecutó las siguientes actividades: El cuidado asistido, necesidades alteradas de Virginia Henderson y los patrones funcionales de Maryori Gordon. Y con la aplicación de las actividades se observó que hubo un cambio en el estilo de vida de la paciente, ya que se pudo establecer nuevos hábitos de autocuidado, según las necesidades básicas de su vida cotidiana.

Palabras clave: Intervención, patrones funcionales, necesidades básicas, cuidado asistido, discapacidad intelectual.

SUMMARY

Intellectual disability implies a series of limitations in the abilities so that a person can function in their environment. That is to say, a person with intellectual disability presents difficulties to adapt to the environment, in the conditions expected for their age, due to a limitation of their cognitive abilities. That is why the objective of this research was to develop a nursing intervention plan for a patient from the Fundación Jesús Resucitado from the Capodarco community in Penipe Canton, Chimborazo Province, putting into practice the 14 needs of nursing theorists. by Virginia Henderson and the 11 functional patterns by Maryori Gordon. The methodology used was descriptive, field and bibliographic; In addition, the "informed knowledge" sheet was applied to the caregivers and the director prior to the information and answers that the patient would give. As a research instrument, a survey was applied to all the staff of the foundation and they revealed that the patient has a notorious need to carry out the activities by herself. To contribute to the proposed objectives, the following activities were carried out: Assisted care, Virginia Henderson's altered needs and Maryori Gordon's functional patterns. And with the application of the activities, it was observed that there was a change in the patient's lifestyle, since it was possible to establish new self-care habits, according to the basic needs of her daily life.

Keywords: Intervention, functional patterns, basic needs, assisted care, intellectual disability.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual conlleva una variedad de limitaciones en las habilidades y condiciones que tiene una persona para desenvolverse en un entorno, dando respuestas eficaces a diferentes situaciones. Es decir, cuando se habla de un conjunto de personas con discapacidad intelectual, se refiere aquellas personas que se les dificulta adaptarse al medio, en las condiciones esperadas para su edad, debido a una limitación de sus capacidades cognitivas (1).

En el cantón Penipe hay 17973 habitantes según el censo poblacional en el año 2020, información que reposa en el municipio del cantón, y las personas con discapacidad en general en el cantón es de 45% de ambos sexo, como la discapacidad física, intelectual, mental, psicosocial, múltiple, sensorial, auditiva y visual y dentro de ello en la fundación Jesús Resucitado cuenta con 20 pacientes con capacidad diferentes y 7 pacientes tiene la discapacidad intelectual, para el desarrollo de este estudio de caso se selecciona una paciente de 32 años de edad con discapacidad intelectual de 65% la cual presenta diversos problemas de salud que afectan su diario vivir, lo cual hace que sea una paciente totalmente dependiente ya que no puede realizar por sí misma actividades básicas, además la paciente muestra temor cada vez que se proporciona un cuidado directo, lo cual dificulta la atención. Esta información fue recolecta a través de la revisión de la historia clínica, la paciente no cuenta con referencia familiar.

La paciente se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente moderado, presenta limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

El Proceso de Atención de Enfermería es importante porque facilita nuevos procedimientos dentro de los cuidados, además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la enfermería y fomenta la consideración como profesional de salud; mientras que los patrones funcionales de Maryori Gordon son una disposición de comportamientos, prácticamente comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y

que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Por estas razones el presente estudio de caso, tiene como objetivo desarrollar un plan de intervención de enfermería dirigido al autocuidado de un paciente con discapacidad intelectual del 65% del Centro Comunitario Jesús Resucitado, del Cantón Penipe, para así mejorar el estilo de vida.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Marco referencial, planteamiento de problema, justificación y objetivo; en este capítulo nos ayuda a descubrir de manera amplia la situación objetivo de estudio.

Capítulo II: Marco teórico; en este capítulo hace referencia a investigaciones previas y consideraciones teóricas que es importante para este trabajo ya que da conocer las bases en las que sustenta el trabajo de investigación.

Capítulo III: Marco metodológico en esta parte de la tesis se reportan y justifican el tipo, diseño y enfoque de la investigación, así como también la población y la muestra, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados para la investigación, así como los métodos que se utilizaran para el plan de análisis de los datos obtenidos.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de datos empíricos se presenta el estudio obtenido de aplicación de técnicas e instrumento de investigación donde permite identificar la problemática u otros datos necesarios que le permitieron tener claro el plan de intervención de Enfermería.

Capítulo V: Plan de intervención se da a conocer en forma detallada el plan de intervención.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial 1 de cada 100 personas tiene discapacidad intelectual o del desarrollo, hay más de 268 mil personas con discapacidad, de esta cantidad solo el 9% de pacientes son reconocidos o son personas que están registradas por cada país. Varias investigaciones en el mundo refieren que según los datos estadísticos encontrados existe más personas con discapacidad intelectual, pero actualmente no son reconocidos por la sociedad (2).

En Latinoamérica la discapacidad intelectual afecta a casi el 12% de la población que vive con al menos una discapacidad lo que representa alrededor de 66 millones de personas en los países más poblados como Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia y Chile (3).

A nivel del Ecuador se han registrado 325 - 485 personas con discapacidad datos reportados hasta febrero del 2020, siendo Guayas la provincia que mayor caso registra con el 25,17%. Según el CONADIS se registra 42,28% de personas con discapacidad intelectual estas personas tienen una limitación en su diario vivir y un 90% cogen bono de desarrollo humano (4).

En Chimborazo existe un 22% de personas con discapacidad intelectual la mayoría son niños de 0 a 12 años de edad y es la provincia que cuenta más personas con discapacidad en general (5).

El cantón Penipe llamado también pueblo de la solidaridad hay 17973 habitantes en el año 2020, información que reposa en el municipio del cantón y cuenta con 45% de personas con discapacidad física, mental de ambos sexos.

El Centro Comunitario Jesús Resucitado es una institución privada que se encarga de dar atención a pacientes con discapacidad, actualmente existen 7 pacientes con discapacidad intelectual, de un número de asistentes al centro que oscila entre 20 personas, con distintos padecimientos de salud.

Para el desarrollo de esta investigación de caso, se selecciona una paciente de 32 años de edad la cual presenta diversos problemas de salud que afectan su diario vivir, la paciente no cuenta con referencia familiar, es decir con un cuidador, según los antecedentes de la historia clínica, pertenece a la parroquia Quimiag, como datos de referencia de su anterior estilo de vida, se recopiló información de que vivía en las calles, dormía en el cementerio y había ocasiones que lo hacía también junto al ganado, razón por la cual actualmente emite sonidos que realizan las vacas, además de lo relatado en líneas anteriores, muchas veces abusada sexualmente y psicológicamente, la paciente presenta discapacidad intelectual del 65% lo cual hace que sea una paciente totalmente dependiente ya que no puede realizar por sí misma actividades del diario vivir, además muestra temor cada vez que se proporciona un cuidado directo, lo cual dificulta la atención. Esta información fue recolecta a través de la revisión de la historia clínica. Ver anexo 3 pág. 98.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante porque busca la aplicación de los cuidados de enfermería a una paciente con discapacidad intelectual de 65% para así lograr tener una respuesta favorable y con una sola finalidad de tener una paciente en buenas condiciones de salud, para ello se utiliza la teorizante de enfermería de las 14 necesidades de Virginia Henderson las mismas que requieren de la intervención continua e inmediata por parte del personal de enfermería, a través de esto se determina las necesidades que afectan la calidad de vida de la paciente para posteriormente diseñar los planes de atención que se encaminan a solucionar los problemas detectados.

La investigación es factible porque se cuenta con el apoyo de la fundación para acceder a la revisión de historias clínicas, y el consentimiento para trabajar directamente con los pacientes, además existe la información bibliográfica necesaria para el estudio de caso y a través de la investigación voy a obtener un resultado satisfactorio y positivo.

La beneficiaria directa de este estudio es una mujer adulta de 32 años y para el desarrollo del presente trabajo se aplicarán cuidados de enfermería personalizados para mejorar la salud de la paciente y así lograr una respuesta esperada y satisfactoria.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos General

Desarrollar un plan de atención de enfermería dirigido a un paciente con discapacidad intelectual de 65% del centro comunitario Jesús Resucitado Cantón Penipe para mejorar su calidad de vida.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir los aspectos característicos y el grado de afectación en la salud de la paciente adulta con discapacidad intelectual del 65% mediante la teorizante de Virginia Henderson.
2. Revisar todas las necesidades que afectan a la paciente con discapacidad intelectual.
3. Diseñar un plan de atención de enfermería en base a las necesidades identificadas en la paciente.
4. Ejecutar cuidados de enfermería en una paciente con discapacidad intelectual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. DISCAPACIDAD

Son aquellas que tienen privaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo tiempo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás: alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad. Las mujeres tienen más posibilidades de sufrir discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes. En los últimos cinco años, la comprensión de la discapacidad ha pasado de una perspectiva física o médica a otra que tiene en cuenta el contexto físico, social y político de una persona. Actualmente, se cree que la discapacidad surge de la interacción entre el estado de salud o la deficiencia de una persona y la multitud de elementos que influyen en su entorno (6).

Hay una cantidad moderada de personas con discapacidad:

En total, se estima que casi el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas con discapacidad tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de morir en desastres y emergencias que las personas sin discapacidad (7).

2.2. PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Enfoques históricos de definición Históricamente, se han utilizado cuatro enfoques generales con propósitos de definición y clasificación. Los argumentos y razonamientos de estos cuatro enfoques son aún evidentes en las discusiones actuales relacionadas con quién es (o debería ser) diagnosticado como un individuo con Discapacidad Intelectual. Pero, lo más importante, es que estos enfoques y la evolución de estos han ayudado a conformar cómo se considera hoy día.

El enfoque social. Las personas fueron definidas o identificadas con retraso mental porque no lograban adaptarse socialmente a su ambiente. Dado que después llegó un énfasis en la inteligencia y el rol de las “personas inteligentes” en

la sociedad, el enfoque histórico de la definición se centró en la conducta social y el prototipo de conducta que la persona debía tener.

El enfoque clínico. Con el surgimiento del modelo médico, el foco de la definición cambió al complejo de síntomas y el síndrome clínico de la persona. Este enfoque no negó el criterio social, pero evolucionó gradualmente hacia un modelo más médico que incluía un aumento en el papel de la organicidad, la heredabilidad y la patología, por lo que condujo a un llamamiento a la segregación.

El enfoque intelectual. Con la aparición de la inteligencia como constructo factible y el surgimiento de los test psicométricos, el enfoque cambió hacia un énfasis en el funcionamiento intelectual medido por test de inteligencia y reflejado en una puntuación de CI (coeficiente intelectual). Este énfasis condujo a la aparición de las normas basadas como una forma para definir el grupo y clasificar a los individuos.

El enfoque del criterio dual. El primer intento formal para utilizar sistemáticamente el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa para definir la categoría y que se encontró, Además incluye un elemento adicional como es la edad de inicio. Por tanto, este enfoque de criterio dual presenta los tres criterios más importantes para el diagnóstico de la Discapacidad Intelectual, comentados ya anteriormente. Según esta perspectiva, hay diagnóstico de retraso.

2.2.1. Causas de la Discapacidad Intelectual

Son difíciles de definir, se han encontrado diversos factores que han podido producir esta condición, pero no se clasifican de forma cerrada e inamovible, ya que a veces se interrelacionan entre ellas. Sin embargo, se puede decir que estas causas pueden ser orgánicas o ambientales, y se pueden dar antes, durante y después del nacimiento de un niño. Según la confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo, las diversas causas pueden ser derivadas por: trastornos genéticos.

A veces, la Discapacidad Intelectual es causada por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Se produce en el momento de la concepción. El número de genes que determinan el desarrollo y funcionamientos del sistema nervioso es extremadamente alto, lo que incrementa la vulnerabilidad a posibles anomalías genéticas. Así, el mal funcionamiento

cognitivo puede ser consecuencia de una alteración en cualquiera de los procesos que intervienen en el desarrollo y la maduración del sistema genético. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen el síndrome de X Frágil, la fenilcetonuria, el síndrome de Lesch-Nyhan. Trastornos cromosómicos Suceden durante el proceso de disposición de los cromosomas. El cuerpo humano tiene 46 cromosomas, 23 de cada uno de los padres, de los cuales se determina el sexo, compleción y otras características o rasgos (genotipo). Al verse modificado en cantidad, posiciones o formas de acomodo, surgen las mutaciones como la trisomía 21 - 28 llamada también síndrome Down, o el gen que determina el sexo en el cual se forma el síndrome Klinefelter, en el cual se presenta un cromosoma X extra. Otros ejemplos frecuentes son el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Angelman. Causas biológicas y orgánicas. Aparecen antes, durante o después del nacimiento. Las principales causas prenatales son el sarampión y la rubeola durante el embarazo, el consumo de toxinas o de ciertos medicamentos. En cuanto a los factores perinatales (durante el alumbramiento), cabe destacar la exposición a toxinas o infecciones (por ejemplo, el herpes genital), la presión excesiva en la cabeza o la asfixia. Además, también de si el bebé tiene problemas durante el parto, como por ejemplo si no está recibiendo suficiente oxígeno o hay alguna situación que supone un embarazo de riesgo que implica sufrimiento fetal o anoxia del parto. Por último, pueden darse algunas causas postnatales como un traumatismo craneano o una meningitis. Causas ambientales. Diferentes situaciones en el contexto que pueden ser o bien conducidas indirectamente por la madre, como carencias alimenticias de ella durante el embarazo, el consumo de drogas o alcohol, la falta de estimulación física y sensorial y la carencia de atención sanitaria; o bien directamente al niño/a una vez nacido como la malnutrición extrema (por no comer bien), no recibir suficiente cuidado médico, o ser expuesto a venenos como plomo o mercurio (8).

2.2.2. Características esenciales de las personas con Discapacidad Intelectual

Para diagnosticar la Discapacidad Intelectual, los profesionales avalúan las habilidades mentales de la persona (inteligencia) y sus destrezas adaptivas.

Por tanto, se observan estos dos aspectos: El funcionamiento intelectual (también conocido como el coeficiente de inteligencia, es la habilidad del cerebro de la persona para aprender, pensar, resolver problemas, y hacer sentido del mundo.

Las funciones que ha de comprender la capacidad mental son:

- El razonamiento
- La planificación
- La solución de problemas
- El pensamiento abstracto
- La comprensión de ideas complejas
- El aprendizaje con rapidez
- El aprendizaje a partir de la experiencia como se puede apreciar es un funcionamiento intelectual global que va más allá del rendimiento académico o de respuesta a test; se trata más bien de esa amplia y profunda capacidad para comprender nuestro entorno e interactuar con él.

Es generalmente medido por medio de una prueba de coeficiente intelectual donde la medida promedio es 100. Se cree que las personas que sacan menos de 70 a 75 podrían presentar un cierto retraso en el grado de inteligencia.

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades que se despliegan en el terreno social y que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria. Por tanto, son aquellas habilidades prácticas o destrezas que la persona necesita para vivir independientemente.

Por ejemplo:

- Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, y comer.
- Las destrezas para la comunicación, tales como comprender lo que se dice y poder responder.
- Las destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos, y otras personas.

Es importante destacar que las limitaciones en la conducta adaptativa son las que más van a afectar tanto a la vida diaria de la persona como a la habilidad para responder a los cambios constantes e imprevistos que ocurren permanentemente y en las demandas que impone el ambiente o contexto actual. Para medir la

conducta adaptiva, los profesionales estudian lo que el niño/a puede hacer en comparación a otros niños de su edad. Un error común en las concepciones acerca de las personas con retraso mental es que componen un grupo homogéneo con características, conductas y patrones de personalidad similares. Sin embargo, cada persona es diferente e incluso se puede decir que las personas con retraso mental leve actúan de forma más similar a las personas que no sufren esta afección que a las que padecen retraso grave o profundo. No obstante, algunos autores mencionan ciertas características como frecuentes, de esta manera, se explicitarán algunas de ellas en las áreas cognitiva, psicomotora, de lenguaje, afectiva y adaptativa. Se debe tener en cuenta que existen diferentes niveles de gravedad que mediatizan el funcionamiento real en cada una de estas áreas (9).

1. Área cognitiva. Es la más significativa, ya que el déficit en la función intelectual es nuclear en la deficiencia mental, de forma que las clasificaciones de ésta se basan en el nivel de inteligencia. La función cognitiva permite al hombre conocer, percibir y ordenar el mundo en su interior. En el caso de las personas con déficits mentales, se presentan dificultades o déficits en el desarrollo de esta función. La inteligencia y el propio aprendizaje se encuentran disminuidos si los comparamos con los 31 niveles promedios de cada grupo de edad. Las operaciones mentales son las mismas pero incompletas y generalmente no alcanzan los niveles de abstracción. Si bien el déficit cognitivo está presente desde los primeros años de vida, es en el momento de la escolarización cuando éste se vuelve más evidente. Cuando se alcanza la época de la adolescencia, los déficits cognitivos pueden manifestarse en un pensamiento excesivamente concreto, egocéntrico, con dificultades para la formación de conceptos y para el pensamiento abstracto. Presentan problemas en la metacognición, es decir en la capacidad de autorregular el propio aprendizaje y de planificar las estrategias de actuación en cada situación. También en la percepción, que es borrosa y superficial, por lo que tienen dificultad para mantener la atención mucho tiempo. La recopilación de la información es imprecisa y hay dificultades para planificar la conducta. Además, tienen alterados los procesos de control cognitivo, manifiestan problemas muy evidentes en la generalización de los aprendizajes que adquieren y, como consecuencia de todo ello, van a tener dificultades permanentes en su proceso de aprendizaje.

2. Área psicomotora. El desarrollo de la psicomotricidad también resulta alterado en el retraso mental, con grados variables de afección según el nivel de deficiencia intelectual. El desarrollo psicomotor de los niños con retraso mental con frecuencia es tardío, se realiza lentamente y alcanza un nivel inferior al de los niños de la misma edad. Es común observar en ellos torpeza, ausencia de coordinación, dispraxia, falta de persistencia y estereotipias motrices. Además, la frecuencia de trastornos sensoriales (como defectos en la agudeza visual e hipoacusia) es muy alta. Los trastornos psicomotores más frecuentes en los niños con deficiencia mental son: inmadurez, dificultad en el aprendizaje de los movimientos finos, dificultades en el reconocimiento de las partes del cuerpo, dificultades en los movimientos gestuales e imitatorios, rítmicas, balanceos, estereotipias, y movimientos coreoatetósicos (movimientos involuntarios anormales de pies y manos). A lo largo del desarrollo psicomotor, el niño va adquiriendo conocimiento de su propio cuerpo. Los niños con deficiencias intelectuales tienen un esquema corporal no tan estructurado e integrado como sería lo esperable por su edad. Esta mala estructuración del esquema corporal suele provocar déficit en la relación sujeto-mundo externo que puede provocar problemas en:

- a) La percepción, traducido en un déficit en la estructuración espaciotemporal.
- b) La motricidad: torpeza, mala coordinación de movimientos e incorrecta postura.
- c) Las relaciones sociales: el esquema corporal permite identificar el propio ser y adecuar nuestras relaciones con los objetos y con los demás. Si se siente inseguridad en un mundo de movimiento, se pueden originar perturbaciones afectivas (10).

3. Área del lenguaje Generalmente. Los problemas más frecuentes de lenguaje se producen en el ámbito de la articulación y pronunciación, trastornos de la voz y tartamudez. Aun así, las alteraciones de lenguaje son más frecuentes en los niveles severo y profundo, y dentro de ellas las más notorias son las de articulación. Los aspectos que más condicionan el nivel de perturbación del lenguaje de estos niños son las dificultades en la conceptualización y en el descubrimiento de las estructuras lingüísticas. Son tres las características que diferencian el proceso de adquisición del lenguaje en niños con deficiencia:

a) Retraso evolutivo en la adquisición del lenguaje. El desarrollo del lenguaje correlaciona positivamente con la edad mental del niño.

b) Retraso y menor utilización de las estrategias de comprensión. Estas estrategias ayudan a la interpretación de los mensajes verbales. Una de ellas es la de las miradas de referencia: cuando hablamos de objetos presentes, solemos dirigir nuestra mirada hacia ellos; el niño descubre rápidamente este hecho y lo utiliza espontáneamente para aprender el lenguaje. Otras estrategias de comprensión son la entonación, la deducción o el análisis del contexto. Parece que el niño con deficiencia mental no es tan eficiente en la utilización de estas estrategias, hecho que provoca que se reduzcan considerablemente sus posibilidades de aprendizaje verbal.

c) Dificultades en la conceptualización, es decir, dificultades para interrelacionar conceptos y para combinar palabras y frases construyendo un lenguaje sucesivamente más rico y complejo.

4. Área afectiva. Se puede decir que, de manera general, el niño o niña con déficit intelectual es más vulnerable y está más indefenso a las exigencias de su entorno. Sentimientos tales como dolor, placer, aburrimiento, diversión, fastidio, alegría, aflicción, envidia, celos, vergüenza. por supuesto que están presentes en él, pero la respuesta emocional, mediatizada por la dimensión cognitiva, a estas vivencias es diferente. Al niño con deficiencia mental le resulta muy difícil la introspección, es decir, poder pensar sobre sus sentimientos, sobre cómo afectan a su conducta y qué repercusiones tienen en su ambiente. Las mayores dificultades para adaptarse al ambiente y para las relaciones con los otros provocan fácilmente ansiedad y baja autoestima, derivadas en gran parte de las dificultades para conocer el mundo, así como establecimiento de relaciones interpersonales inadecuadas como puede ser la sobreprotección, el aislamiento del mundo o, cuando existe una afectación importante del lenguaje, formas primitivas de comunicación como conductas agresivas, autoagresiva.

5. Área adaptativa. Es de gran importancia en el desarrollo de los niños con deficiencia mental la adquisición de hábitos sociales y de autonomía personal. En el caso de aquellos que están más afectados, porque será uno de los hitos más importantes en su evolución; y en los casos más leves, porque será una de las

principales garantías de éxito de su integración familiar y social. Los hábitos de autonomía (control de esfínteres, alimentación, higiene personal y vestido) deben adquirirllos todos los niños, pero en el caso de los afectados con algún tipo de deficiencia mental, este trabajo se alarga mucho más en el tiempo. Esto es debido, por un lado, a la lentitud (especialmente en los casos más afectados) en el desarrollo fisiológico que retrasa el aprendizaje de la masticación, el control de esfínteres, por otro lado, a las dificultades motoras, especialmente las manipulativas, que también retrasan de forma considerable la adquisición de ciertos hábitos de autonomía (atarse los zapatos, uso de los cubiertos, etc.). Aun así, a menudo también interfieren en gran manera las pautas inadecuadas del entorno para enseñar estos hábitos, ya sea de sobreprotección (el niño no aprende hábitos porque ya se lo hacen todo) o de rechazo "se considera una inutilidad enseñarle" (11).

2.2.3. Discapacidad

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con las demás. La Convención Internacional de la Organización de las Naciones Unidas en esta materia define de manera genérica a quien padece de una o más discapacidades como persona con discapacidad. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", aun siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos "etiquetan" a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación (12).

En esos casos, para evitar conflictos de tipo semántico, es preferible usar el término personas con discapacidad, personas invidentes, personas con sordera, personas con movilidad reducida y otros por el estilo, pero siempre anteponiendo "personas" como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados como a cualquier otra persona. Acaso como un eufemismo, se ha propuesto un nuevo término para referirse a las personas con discapacidad, el de mujeres y varones con diversidad funcional "personas con capacidades diferentes"

en México, a fin de eliminar la negatividad en la definición de colectivo de personas con discapacidad y reforzar su esencia de diversidad. Sin embargo, es un hecho que una persona con discapacidad no necesariamente posee capacidades distintas o superiores a las de una persona que no la padece; si acaso, ha desarrollado habilidades que le permiten compensar la pérdida de alguna función, pero que no son privativas suyas, puesto que cualquier persona sin discapacidades también podría hacerlo (13).

2.2.4. Evolución de la percepción de la discapacidad

La discapacidad es una realidad humana percibida de manera diferente en períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición considerada deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad física, discapacidad sensorial, discapacidad cognitiva, discapacidad intelectual, enfermedad mental o psicosocial y varios tipos de enfermedad crónica. Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad. (14).

Estos cambios de actitud han posibilitado cambios en la comprensión de determinadas características físicas que antes eran consideradas como discapacidades. En la década de los años 1960, por ejemplo, las personas zurdas eran vistas como personas con una anomalía, siendo obligadas a escribir con la mano derecha, e incluso a veces hasta se les castigaba si no lo hacían. En los años 1980 se acepta esta cualidad como una característica física. Si determinadas herramientas, como tijeras o sacacorchos se crean para personas diestras, una persona zurda se percibirá a sí misma como una persona con discapacidad, puesto que es incapaz de realizar ciertas acciones y necesita ayuda de otras personas, perdiendo su autonomía. En la sociedad actual existe una tendencia a adaptar el entorno y los espacios públicos a las necesidades de las personas con discapacidad, a fin de evitar su exclusión social, pues una discapacidad se percibe

como tal en tanto que la persona es incapaz de interactuar por sí misma con su propio entorno (15).

2.2.5. La salud de las personas con discapacidad

Se puede afirmar que, como grupo, las personas con discapacidad —sensorial, física, intelectual o mental— ciertamente tienen mayor número de problemas de salud; y eso obliga a la sociedad a dirigir la atención y los recursos para intentar prevenirlos, solucionarlos o, al menos, aliviarlos (16).

2.2.6. Principios de la salud de personas discapacidades.

2.2.6.1. *Primer principio*

El derecho a la salud que tiene toda persona, como derecho consustancial con su propia naturaleza humana, es una conquista muy reciente. Lo es como concepto, pero no llega todavía a ser una realidad en muchos países y en múltiples circunstancias que cada uno de nosotros ha podido vivir. Antes de seguir adelante, no sé si será una provocación lanzar al aire la siguiente pregunta:

"¿A qué tipo de salud tiene derecho una persona con discapacidad?"

Quizá nos escandalice, así enunciada. Pero se ha visto denegar soluciones terapéuticas absolutamente imprescindibles para mantener la vida de una persona, por el simple hecho de que tenía discapacidad intelectual. Como he visto también denegar la atención ginecológica a una madre aquí. En España porque había decidido mantener el embarazo de su hijo con síndrome de Down. Al parecer, no todas las personas tienen los mismos derechos a la salud, empezando por el primero de todos, el derecho a la vida. La población con discapacidad ve todavía mermado en la práctica su acceso a la salud. Éste es el día en que todavía se niegan en nuestro país exploraciones médicas o actuaciones terapéuticas a personas con discapacidad; una vez por ignorancia, otras por falta de previsión, y otras porque persiste todavía ese sentimiento de que "total, ¿para qué...?" Pues bien. Es preciso proclamar con claridad el siguiente principio: a ninguna persona con discapacidad se debe negar forma alguna de tratamiento que hubiera de ser aplicada sin titubear a otra persona que no tuviera discapacidad. Va en ello un principio fundamental: la dignidad de la condición humana (17).

2.2.6.2. Segundo principio

Además de atender al problema concreto que pueda surgir en cada momento, es mucho más lógico, más humano e incluso aumento económicamente rentable, desarrollar una política preventiva que se anticipe a la aparición de los problemas con dos objetivos: evitar que aparezcan, e iniciar su solución tan pronto aparezcan.

2.2.6.3. Tercer principio

Consecuencia de lo anterior debe ser el establecer, para cada forma de discapacidad, un programa de salud que contemple las alteraciones de salud más frecuentes en esa particular forma de discapacidad, y establezca las pautas de conducta que se deben seguir para solucionarlas de la manera más racional posible. Estos programas han de ser sencillos y realistas, de modo que puedan ser asumidos y aplicados de un modo general por parte de la población.

2.2.6.4. Cuarto principio

Existen discapacidades que incapacitan intrínsecamente a los individuos para velar por sí mismos por el desarrollo y mantenimiento de su salud. Su dependencia de la voluntad ajena puede ir desde el cero al infinito. Unas veces porque tienen dificultado el acceso a la información en general. Otras, porque tienen dificultades de acceso individual y voluntario a los profesionales de la salud en el momento en que lo necesitan.

Es cierto que los avances tecnológicos reducen cada vez más, y más eficientemente, estas limitaciones, pero hay todavía un alto porcentaje de la población que carece de capacidad para disponer de esos avances. Por otra parte, en momentos de emergencia la carencia de visión o de audición dificulta enormemente la puesta en marcha o la adopción de medidas necesarias para solucionar esa emergencia (18).

En las discapacidades motoras, sean de origen neurológico o estrictamente muscular, la independencia y la capacidad para actuar voluntaria e individualmente pueden verse sustancialmente cercenadas. Es decir, existe una dependencia de otra persona que hace más problemático el acceso a los cuidados de salud

requerido en circunstancias múltiples y variadas. En la discapacidad intelectual, esta situación de insuficiencia personal y de dependencia para el cuidado de la salud alcanza su máxima expresión.

El individuo no es capaz de acceder a la información, ni es capaz de captarla y asimilarla, ni es capaz de seguir de forma independiente y autónoma los programas de salud y las soluciones terapéuticas que se prescriban. Naturalmente estoy hablando en términos absolutos, pero es evidente que en toda discapacidad existen grados de intensidad y de limitación, y que los buenos programas de formación y entrenamiento están elevando sustancialmente en muchos casos el grado de autonomía y autosuficiencia. De aquí se derivan una serie de consecuencias prácticas que vamos a analizar más detenidamente. Porque me niego a aceptar algo que he leído muy recientemente: "Los seres humanos más débiles —los pobres, los embriones, los niños, los discapacitados, los ancianos— siguen siendo víctimas del utilitarismo de una sociedad egoísta" (19).

2.2.7. Tipos de discapacidades

Existen los siguientes tipos de Discapacidad: física, auditiva, psicológica, intelectual o mental. Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados y una persona puede tener varios tipos de discapacidades simultáneamente, con lo que existe un amplio abanico de personas con capacidades especiales.

Discapacidad física La discapacidad física es una deficiencia de tipo motorice y/o visceral es cierto que esta categoría, tanto como las correspondientes a los trastornos mentales y sensoriales, no es enteramente precisa, sino más bien un esquema que responde a objetivos de delimitación dentro de un espectro amplio. No obstante, su uso puede ayudar a comprender la compleja realidad de las discapacidades. Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas (20).

- Causas Las causas por las que se presenta la discapacidad física pueden ser muy variadas, pueden ser por factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.
- Tipos de discapacidad física Sistema músculo esquelético

Disfonía muscular: Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas.

Amputaciones: Las personas que sufren una amputación traumática acarrean consigo una serie de características, tanto físicas como sociales, las cuales pueden variar según la gravedad del accidente y de la parte del cuerpo afectada. Por ello estas no pueden ser pasadas por alto. Sistema nervioso

Lesión medular: Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión.

Paraplejía: Es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas, pero no afecta los brazos.

Tetraplejía: Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completas en las piernas.

Esclerosis múltiple La esclerosis múltiple es un endurecimiento del órgano o tejido, ataca al sistema nervioso central y afecta al cerebro, tronco del encéfalo y la medula espinal, La sustancia que recubre las fibras nerviosas llamada mielina resulta dañada e inhabilita los nervios, esto interrumpe las órdenes del cerebro (15).

No hay ningún síntoma típico de la esclerosis que ayude en el diagnóstico inicial. Incluso es habitual que el primer episodio pase desapercibido por la vaguedad de las molestias sin que el sujeto consulte con su médico. A menudo, las primeras manifestaciones se presentan como problemas de la visión, bien en forma de visión borrosa, doble o pérdida de visión. La mayoría de los pacientes experimenta además sensaciones anormales como hormigueo, entumecimiento y picazón; pérdida de fuerza en los brazos o piernas, y trastornos del equilibrio o de la

coordinación. También son frecuentes el vértigo, los problemas para orinar o defecar, los dolores inespecíficos, alteraciones del carácter.

Parálisis cerebral. La parálisis cerebral (PC) es un trastorno en el desarrollo motor, de carácter crónico y no progresivo, secundario a una lesión cerebral, producida generalmente durante el crecimiento intrauterino, pero que también puede ocurrir en el momento del parto (por falta de oxígeno durante el periodo de expulsión, por ejemplo), o durante los dos primeros años de vida del bebé, mientras su cerebro aún se está desarrollando (traumatismos, infecciones. No es una enfermedad específica, sino un grupo de trastornos de causas variables, que puede presentar síntomas muy leves o muy graves. Las lesiones propias de la parálisis cerebral se traducen en una dificultad para controlar las funciones del sistema motor, y el afectado puede presentar espasmos o rigidez muscular, movimientos involuntarios, falta de coordinación, o trastornos en la postura o la movilidad del cuerpo. Dependiendo de la extensión y localización de la lesión, pueden existir otros problemas como retraso mental, dificultades para hablar o en el aprendizaje, o deficiencias visuales o auditivas (11).

Espina bífida: Espina Bífida es una malformación congénita del tubo neural que se produce en las primeras dos semanas del embarazo. Se caracteriza por la ausencia de la parte posterior de las vértebras, lo que causa que la médula espinal esté expuesta o salga de su canal dando lugar a una protuberancia. Puede localizarse a diferentes niveles de la columna, aunque es en la región lumbar y sacra donde aparece con más frecuencia. Dependiendo del grado de severidad, la Espina Bífida trae como consecuencia diversos grados de parálisis y/o pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores y dificultad para controlar los esfínteres. Este grado de severidad depende del nivel de la lesión, es decir, a lesiones más altas corresponde mayor compromiso. Además, aproximadamente el 85% de bebés con Espina Bífida también desarrollan Hidrocefalia, que de no ser tratada inmediatamente puede ocasionar serias lesiones cerebrales e incluso la muerte (13).

2.3. DISCAPACIDAD COGNITIVA E INTELECTUAL

Es también denominada discapacidad cognitiva y es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están:

El Autismo. El síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. Cuando estudiamos la discapacidad cognitiva de acuerdo con la teoría de Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de los casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal.

2.3.1. Autismo

Es una discapacidad con características que varían en un amplio espectro. Si bien no se puede identificar a las personas autistas por su apariencia física, por lo general tienen dificultades con el lenguaje o la comunicación, las relaciones interpersonales y la conducta, las cuales a menudo se deben a dificultades sensoriales. Los diferentes grados de autismo van de moderado a grave. Es posible que las personas con autismo grave no se comuniquen verbalmente y parezcan indiferentes a las demás personas. Quienes tienen autismo moderado pueden parecer increíblemente inteligentes, pero quizás parezcan muy extraños al interactuar socialmente. La mayoría de las personas con autismo se hallan en algún punto intermedio de esa escala. Las personas con autismo tienen dificultades en tres áreas principales.

2.3.1.1. Comunicación

- Reiteran palabras o frases, a veces fuera de contexto.
- Hay falta de reciprocidad (no responden)
- Ríen o lloran sin razón aparente.

- Interpretan la comunicación de modo literal; no entienden las indirectas verbales o sociales.

2.3.1.2. La interacción social

- Les cuesta expresar a los demás cómo se sienten o lo que desean.
- Tienen una conducta social afectada o prefieren estar a solas.
- Les cuesta entablar contacto visual o emplear la comunicación no verbal.
- No perciben el peligro.

La conducta. Les cuesta adaptarse a los cambios y prefieren las rutinas. Son muy susceptibles al exceso de estímulos. Se irritan fácilmente ante los ruidos, las muchedumbres, los hechos simultáneos o el contacto físico. Tienen juegos inusuales, rotación de objetos o apego excesivo a objetos. Demuestran gran interés en algún tema en particular (por ejemplo, trenes, películas, dinosaurios o animales). Son demasiado activos físicamente o demasiado estáticos (9).

2.3.2. El Síndrome Down

Es un trastorno que se denominó así gracias al médico John London Down quien fue el primer en identificarlo, en este trastorno se presentan defectos congénitos, entre ellos cierto grado de retraso mental, con frecuencia algunos defectos cardíacos y además facciones características, se ocasiona por la presencia de un cromosoma más, el cromosoma es la estructura celular que posee nuestra información genética. ¿Cuáles son los problemas asociados al síndrome de Down? Problemas Cardíacos: Aproximadamente el 50% de los bebés con síndrome de Down desarrollan defectos cardíacos, algunos de poca importancia fácilmente tratados y otros más delicados que incluso pueden llegar a requerir cirugía, es por eso que todos los niños con diagnóstico de síndrome de Down deben ser evaluados por el cardiólogo, como manera de prevenir o intervenir cualquier defecto que se tenga en este sentido. Los niños que presentan síndrome de Down además tienen mayor riesgo de tener malformaciones intestinales, deficiencia visual o auditiva, algunos problemas respiratorios, mayores resfriados, tienen riesgo de problemas

de tiroides y leucemia, por estas características es importante que el niño con síndrome Down tenga sus controles médicos permanentes y sus vacunaciones al día (21).

2.3.3. Síndrome de Asperger

Es un trastorno profundo del desarrollo cerebral caracterizado por deficiencias en la interacción social y coordinación motora, y por los inusuales y restrictivos patrones de interés y conducta. Este comportamiento fue observado y descrito por Hans Asperger, un médico austriaco, cuyo trabajo solo fue traducido al resto del mundo en los años ochenta (21).

2.3.4. Síndrome de West

Los niños con SW suelen manifestar la enfermedad entre los 3 y 6 meses de edad, aunque en ocasiones esto ocurre hasta los dos años. El SW siempre genera algún grado de retraso global en el desarrollo infantil y, a pesar de que el conocimiento sobre él ha mejorado considerablemente, todavía hay casos en los que no se diagnostica a tiempo, ante todo cuando los síntomas son leves (las convulsiones se pueden confundir con cólicos o dolor abdominal) o debido a la falta de experiencia por parte del pediatra (22).

2.3.5. Retraso Mental

El retraso mental significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo. El retraso mental se presenta en personas de todas las razas y etnicidades y es el trastorno más frecuente del desarrollo, ya que afecta a aproximadamente un 1% de la población general. Las personas con retraso mental obtienen una puntuación baja en las pruebas de inteligencia (cociente intelectual, pero los efectos sobre el funcionamiento de la vida diaria dependen de su gravedad y de los deterioros asociados. Los niños con retraso leve (alrededor de un 85% de los que presentan retraso mental) suelen aprender a hablar y llegan a ser independientes para cuidar de sí mismos, a pesar de que su ritmo de desarrollo es más lento de lo normal (11).

2.3.6. Grados de la Discapacidad

- **DISCAPACIDAD LEVE:** Personas que presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es muy independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.
- **DISCAPACIDAD MODERADA:** Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno.
- **DISCAPACIDAD SEVERA:** Se considera a una persona con esta condición cuando presenta una deficiencia física, mental o sensorial que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria y que necesita del apoyo de otros. Dentro de las más comunes están la Parálisis Cerebral en discapacidad (PCD), factor más frecuente de discapacidad motora. Se da por una lesión a nivel de la corteza cerebral (cortical subcortical) y puede estar asociada con otras lesiones como es el caso del Retardo Mental (RM) y sensorial, donde se encuentra aproximadamente del 50% al 60% de pacientes con PC (parálisis cerebral).
- Diversas agresiones pueden sufrir el cerebro del feto o neonato. Éstas son responsables de aproximadamente el 35% de los casos de PCD. Pueden ser de tipo genético, infecciones de la madre, trastorno de la oxigenación fetal, irradiación materna, medicamentos incontrolados y más. También se pueden presentar luego del nacimiento y se da aproximadamente en el 55% de los casos como en la anoxia fetal, traumatismos físicos, prematuridad, hipoglucemia, infecciones como meningitis, encefalitis... Presentan un desarrollo filarmónico en todas sus áreas (motora, cognitiva, social, lenguaje) de acuerdo con su edad cronológica, es decir, se evidenciará siempre un trastorno del desarrollo como la demora en la adquisición de habilidades, trastorno del lenguaje, problemas cognitivos y sensoriales, entre otros. Por tanto, si los padres notan un retraso, cambio o alteración en el neurodesarrollo, podría ser considerado como señal de alerta.
- El equipo terapéutico tiene la labor de integrar a la persona con discapacidad, a través de varios métodos específicos, en el medio en el que se

desenvuelve; complementando con salidas terapéuticas, donde se fomente la recreación y por ende su parte afectivo-social (13).

2.4. ENFERMERÍA

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre el oficio que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud (23).

2.4.1. La enfermería como ciencia

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (13).

2.4.2. Importancia del cuidado de enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado

profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad) en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (13).

2.4.3. Intervención de enfermería

La Intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación. La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena. El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática. Es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, ya que el paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda presenta cambios muy específicos en relación con éste e igualmente la enfermera debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación. Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar la presencia del infarto están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma, siendo su control y análisis responsabilidad de la enfermera. Igualmente está el control de gases arteriales el cual permite evaluar la oxigenación

y el balance ácido-básico, guiando el tratamiento y asegurando una oxigenación óptima (13).

Con base en los hallazgos y datos enunciados la enfermera identifica y define los problemas reales y/o potenciales que presenta el paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda. Para cada uno planea actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prevé que la atención proporcionada sea de calidad.

2.4.4. Las Guías de Intervención

1. Son orientaciones escritas, que permiten organizar el proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes que presentan problemas reales, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o de mayor incidencia en los servicios.

2. Se integran con las siguientes etapas: Diagnóstico Enfermero, planeación (respuesta esperada u objetivo), ejecución (intervenciones de enfermería) y evaluación (respuesta obtenida).

3. Permiten al personal profesional apoyarse en este instrumento para facilitar su práctica, mejorar la calidad del cuidado y el desempeño de los servicios de enfermería. Recordemos que la Enfermería es una disciplina práctica y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica de bases teóricas no es una disciplina práctica. Estas guías, como su nombre lo dicen permiten orientar al profesional en el tipo de cuidados e intervenciones a proporcionar al paciente hospitalizado en las diferentes especialidades (24).

2.4.5. El Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados
- . Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos Los objetivos El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También: 30 - Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad - Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. - Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.4.5.1. Etapa de valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia (25).

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso (26).

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultados cuidados de Enfermería inadecuados. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática (13).

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma

independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar: - Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente. - Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta: -Confirmar los problemas de salud que hemos detectado. -Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente (26).

-Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido. –

Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente. En la recogida de datos necesitamos: - Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) - Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas). - Convicciones (ideas, creencias.)

Capacidad creadora. - Sentido común. - Flexibilidad. Tipos de datos a recoger: Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Los tipos de datos: - datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente.

Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. Sentimientos - datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento cifras de la tensión arterial -datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. Hospitalizaciones previas - datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual (27).

2.5. CUIDADOR FAMILIAR

El discapacitado en estado de postración, debido al nivel de dependencia que experimenta, requiere de la presencia de alguna persona que se encargue de proporcionar aquellos requerimientos que él no logra cubrir por sí solo, como sus necesidades básicas de alimentación, eliminación, reposo, sueño, movilidad, hidratación, respiración, protección, higiene y confort, con la finalidad de mantenerlo en adecuadas condiciones generales. Surge entonces la figura del cuidador familiar, como la “persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades de cuidados de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica incapacitante, y que participan con ellos en la toma de decisiones (28).

Estos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las disfunciones existentes por parte del receptor de cuidados” definen al cuidador como “la persona que es responsable de atender las necesidades diarias de otra que es incapaz de cuidarse a sí mismo debido a enfermedad o discapacidad”. Los cuidadores son responsables de brindar apoyo físico, emocional y, a menudo, económico. Son descritos como informales por los profesionales, para referirse a los que cuidan de miembros de su familia sin remuneración”

El cuidado informal se caracteriza por ser realizado en su mayoría por mujeres, con nivel de escolaridad diverso, quienes corresponden principalmente a hijas o esposas del receptor de los cuidados. Este cuidado además no es regulado, ni se encuentra sometido a horario ni a remuneración económica. En nuestro país es posible observar que el rol de cuidador es asumido principalmente por los hijos, seguido del esposo o esposa y en menor proporción yernos y nueras. Cabe destacar que los cuidadores son mujeres, por tanto, es presumible que las madres cuidan a los hijos y las esposas cuidan de los maridos. Es importante destacar que las esposas y madres corresponden a personas mayores o cercanas a la vejez, razón por la cual asumir el rol de cuidador, puede acelerar los deterioros propios del envejecimiento, considerando además que muchas de estas mujeres siguen ejerciendo otros roles domésticos y reproductivos, lo que sumado a su integración cada vez mayor al mercado laboral, supone una altísima carga de trabajo (29).

2.5.1. TEORIZANTE VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 99 años, se desarrolló su interés por enfermería a partir de la primera guerra mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes y en 1918 inició sus estudios de enfermería en la escuela del ejército.

Manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente (30).

2.5.2. Función propia de la enfermería

Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Para lograr su independencia a la mayor brevedad posible". La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares. Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, del punto de vista del paciente que recibe los cuidados del personal de enfermería.

2.5.3. Tendencia y modelo

La enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

2.5.4. Método de aplicación del modelo

- **Valoración:** Se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
- **Ejecución:** Se formulan los objetivos de independencia sobre la base de las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención

(ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

- **Evaluación:** Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

2.5.5. Distintos elementos del metaparadigma de enfermería

- **Salud:** Definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida de los animales que la integran manteniendo relaciones sexuales entre sí. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- **Entorno:** todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- **Persona:** hace dos definiciones:
 1. Es un ser *biopsicosocial*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
 2. El paciente es el ser biopsicosocial al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.
- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

2.5.6. Necesidades humanas básicas

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja,

tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual.

Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad (30).

2.5.7. Identificación del paciente

Apellidos: Colcha Shilquina

Nombre: María Asunción

Edad: 32 Años

Estado Civil: Soltera

Educación: Ninguna

Ocupación: Discapacitada

Fecha del ingreso: 8 de diciembre a la Fundación Centro Comunitaria Jesús Resucitado

Procedencia: Quimiag

Diagnóstico médico: discapacidad intelectual del 65%

Tratamiento dentro de la Fundación: Spiron: Mañana 10 gotas; tarde 10 gotas y en la Noche 20gts

Signos Vitales al ingreso:

Tensión arterial: 100/80mmHg

Pulso: 87 pulsaciones por minuto

Temperatura Corporal: 36.7°C

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

SatO2: 96%

Causa del ingreso: Ingresó la paciente a la fundación por la discapacidad intelectual del 65% y no tiene referencia familiar.

Problema actual: Presenta una discapacidad intelectual del 65%

2.6. VALORACIÓN A LAS NECESIDADES ALTERADAS DE VIRGINIA HENDERSON DEL TEORIZANTE.

Respirar normalmente

La paciente tiene problema en la respiración

Comer y beber adecuadamente

Paciente con discapacidad intelectual de 65% está desorientado en el tiempo, lugar, espacio por la razón que la paciente solo deglute los alimentos desesperadamente.

Eliminar por todas las vías corporales

Paciente tiene problema porque no controla la eliminación por todas las vías corporales.

Dormir y descansar

Tiene dificultad en conciliar sueño debe luchar más o menos 20 minutos hasta que haga efecto el medicamento y duerme un promedio de 12 horas diarias se acuesta aproximadamente a las 19:00 y se levanta alrededor de las 6 de la mañana. No es acostumbra a tomar siestas.

Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse

María es dependiente por la misma discapacidad que nos impide realizar esta actividad.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Por la discapacidad avanzada no puede hacer esta necesidad básica, necesita ayuda de un cuidador.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Ella no habla esa es la consecuencia de no poder comunicar con los demás y expresar emociones o manifestar sus necesidades.

Cabeza:

Inspección: es cabeza normal su cabello con una buena implantación, cabello corto ondulado, su cuero cabelludo es grasoso presenta un poco de seborrea y tiene caspa en abundancia y presencia de hongos en el cuero cabelludo.

Cara:

Inspección: Simétrica alargado y no muy voluminoso. Su piel es de color medio. presenta grasosa la textura es más bien suave. Tiene cicatrices.

Ojos:

Inspección: Sus párpados se encuentran bien

Oídos:

Inspección: El pabellón auricular es normal, la implantación de sus oídos es buena se encuentra íntegros y de tamaño normal, acorde al tamaño de su cabeza.

Escucha muy bien con los dos oídos.

Nariz:

Simétrica: de forma y tamaños normales, el tabique se encuentra en el lugar adecuado. No hay presencia de manchas ni enrojecimientos ni cicatrices.

Cuello:

La piel en esta parte se encuentra normal sin arrugas y tiene tres manchas genéticas. El cuello tiene un aspecto normal es simétrico. Se encuentra caliente y no presenta sensibilidad.

Tórax:

Inspección: El paciente posee un tórax forma normal, Su respiración es bastante rápido. No presenta cifosis, ni lordosis ni escoliosis.

No presenta el dolor a la palpación no existen masas y su temperatura es más bien cálida.

Corazón:

Presencia de ruidos normales y ausencia de sonidos extras. La calidad de su frecuencia cardiaca es normal.

Abdomen:

Presenta cicatriz de una cirugía de ligadura y una quemadura, no posee estrías. El contorno del abdomen es normal. Algunos de sus Músculos abdominales se pueden diferenciar, la paciente tiene su físico normal.

Existe ruidos intestinales (10rpm). No existe masas.

Extremidades:

Inspección: Tanto inferiores como superiores son simétricas. No existe atrofias la irrigación sanguínea es normal en brazos y piernas no existen várices. La paciente no presenta ningún tipo de edemas.

Sus uñas son simétricas y de forma normal de color café porque presenta hongos en pies y en las manos tiene el color rosa. El llenado capilar es normal.

Los movimientos y los reflejos en miembro superior izquierdo son más lento y no existe casi medio de reacción. Sus piernas y brazos derecho son totalmente normales.

Marjory Gordon

Es la teorizante de los 11 patrones funcionales de enfermería y ella fue la primera presidenta de nanda (North American Nursing Diagnosis Association) una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico del campo de la enfermería y recibió el título de leyenda viviente por parte de la misma asociación en el año 2009.

Además de esto fue la profesora de emérita en Boston Collage, donde empataía clases de Enfermería y en esa misma universidad fue donde obtuvo su doctorado, tras haberse graduado en la Universidad de Nueva York.

Patrones funcionales de Marjory Gordon.

Fue especialmente conocida por crear el modelo de Diagnóstico para enfermería Conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas.

Para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero.

Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones (31).

- **Patrón 1: percepción-manejo de la salud**

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas. Se puede iniciar preguntando "¿cómo describiría usted su salud. Incluye alergias, hábitos tóxicos, deseo de abandonar éstos, medidas preventivas habituales como participación en programas de salud y vacunaciones, y adherencia a los tratamientos.

- **Patrón 2: nutricional - metabólico**

Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Describe la lactancia materna y el patrón de alimentación del lactante. Incluye lesiones sobre cualquier zona cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. También se incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes.

- **Patrón 3: eliminación**

Describe la capacidad del individuo en relación con la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación y su cuidado específico (urostomía, colostomía, pañales absorbentes).

- **Patrón 4: actividad-ejercicio**

Describe las capacidades para la movilidad autónoma (encamado/sillón-cama/deambulante) y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene general, ponerse y quitarse la ropa, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa... También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio, así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como el uso correcto de dispositivos de ayuda como traqueostomía, laringectomía, oxigenoterapia, inhaladores. La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas.

- **Patrón 5: sueño y descanso**

El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario, no se le presta atención. Se recogen datos sobre patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día, capacidad para conciliar el sueño, despertares, uso de medicación hipnótica o sedante, pesadillas y otros trastornos del sueño. Es importante individualizar: algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más; asimismo lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

- **Patrón 6: cognitivo-perceptual**

Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia). Incluye la alteración de la memoria, el estado de conciencia, el funcionamiento de los órganos de los sentidos y la alfabetización.

- **Patrón 7: autopercepción y autoconcepto**

El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del autoconcepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.

- **Patrón 8: rol y relaciones**

Describe la percepción (satisfacción/insatisfacción) y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones

sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar. Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

- **Patrón 9: sexualidad-reproducción**

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos. Entiende la sexualidad como la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea. Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: métodos anticonceptivos, menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos. En clientes jóvenes, desarrollo genital y características sexuales secundaria. Se buscan problemas reales o potenciales. Si existen problemas, se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones.

- **Patrón 10: adaptación - tolerancia al estrés**

Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés (incluido uso de medicamentos, alcohol, o drogas, alteraciones del sueño y el apetito), sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

- **Patrón 11: valores y creencias**

Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud.

El lenguaje estandarizado de la enfermería

Es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. Su utilización en diversos medios asistenciales es variada. En el caso de las unidades de cuidados intensivos es preciso estudiar las implicaciones que tiene la integración de este lenguaje en las enfermeras (31).

NANDA

Son las siglas de la North American Nursing Diagnosis Association, una asociación profesional fundada en 1982, cuyo propósito es definir, promover y continuar trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de la enfermera.

NIC

Las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC), en otras palabras, son un conjunto de reglas que deberían cumplir las compañías para, en primer lugar, asegurar que su información financiera refleja la realidad y, en segundo lugar, que esta realidad se entiende en todo el planeta, cada vez más globalizado.

NOC

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones (31).

2.7. RESEÑA HISTÓRICA

Paciente de 32 años de edad presenció la muerte de su madre ahorcada, además que un incendio acabó con su casa, fue recogida por una pareja, sin embargo, se encontraba en situación de riesgo, abandono y vulnerabilidad por sus limitaciones no pudieron seguirla cuidando. Presenta discapacidad intelectual del 65% por el cual se le otorga el carnet por el CONADIS.

Adulta joven ha sido ingresada al Centro Gerontológico Fundación Virgen del Carmen el 21 de mayo del 2014 por la Licenciada Antonieta Daqui, quien era para esa fecha técnica en el MIES.

Según las investigaciones anteriores la adulta es de Quimiag, vivía en la calle, dormía en el cementerio, según el informante cuando hacía demasiado frío dormía en medio de las vacas razón por la cual realizaba sonidos similares de estos animales. Asimismo, los ciudadanos del lugar nos solicitaron que no le abandonen porque la paciente muchas veces ha sido abusada sexualmente y psicológicamente.

El día 18 de agosto del 2021 la Fundación casa Hogar Virgen del Carmen del Cantón Chambo no podía tenerla en este centro gerontológico ya que no contaba con la edad propia de un adulto mayor, por esta razón le hacen referencia a la Fundación Centro Comunitario (Jesús Resucitado) de la comunidad del Capodarco Ecuador que está ubicado en el Cantón Penipe actualmente ella vive en esa casa hogar ya antes mencionada.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Bibliográfica:

Se realizó una investigación tipo bibliográfica debido a que fueron utilizados textos, materiales investigativo electrónico encontradas en las fuentes consultadas.

Campo:

Además, es una investigación de campo ya que se interactuó de forma directa con el objetivo de estudio para la obtención de datos y para dar solución a la problemática planteada.

Restringida:

La presente investigación es de tipo descriptiva, puesto que describe los factores por los cuales existe deserción en los estudiantes del Instituto Superior tecnológico San Gabriel y proponer alternativa de mejorar en la población estudiada.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental:

Se aplicó este diseño, donde las variables del estudio no fueron modificadas, se interpretaron sus características mediante la observación de su comportamiento para llegar a las conclusiones planteadas según los objetivos.

3.3. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo:

Es de carácter cuantitativo al presentarse en valores numéricos y porcentuales los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta utilizada como técnica de producción de datos.

Población y muestra:

La población de estudio fue una paciente con discapacidad Intelectual del centro comunitario Jesús resucitado del Cantón Penipe.

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Analítico sintético:

Permitió analizar los datos obtenidos través de la encuesta y de esa manera sintetizarlo y obtener las conclusiones para los objetivos planteados.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Encuesta:

Se aplicó una encuesta conformada por 15 preguntas de selección múltiple de fáciles respuestas teniendo en cuenta la edad de los personales de salud que conforma el Centro Comunitario Jesús resucitado y la capacidad de la respuesta de la población del estudio. A través de este medio logro obtener la información necesaria.

3.6. DEFINICIÓN DE POBLACIÓN O MUESTRA

Se trabajó con un paciente con discapacidad intelectual del Centro Comunitario Jesús Resucitado. No se define una muestra para la investigación realizada.

3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS

Para el análisis de información, se llevó a cabo mediante los datos estadísticos porcentuales, con la ayuda del programa Excel, presentando los datos mediante gráficos para una mejor comprensión de los resultados obtenidos.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Consentimiento informado:

Para la ejecución de la investigación se solicitó la firma del consentimiento informado de la directora de la fundación. El cual es un documento de tipo método legal usado en este proyecto con la finalidad de tener el permiso del paciente y su consentimiento para poder brindar nuestro servicio a la paciente con discapacidad intelectual de 65 % acerca de los beneficios éticos como el respeto a la autonomía, beneficencia, no mal eficiencia y justicia aplicados en este proceso de investigación. (ver el anexo 4 pág. 99- 100).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

4.1. VALORACIÓN POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Las 14 necesidades de Virginia Henderson

1	Respira con dificultad	Si tiene problema con la respiración.
2	Comer y beber adecuadamente	Tiene problemas para alimentarse, se observa que la paciente no mastica los alimentos, solo (ingiere), presenta conductas inapropiadas al momento de las comidas, además es agresiva cuando el personal se acerca a ella. IMC: 23,5
3	Eliminar por todas las vías corporales	Paciente dependiente de compañía para ir al baño, si controla esfínteres.
4	Moverse y mantener posturas adecuadas	No tiene problemas de movilidad.
5	Dormir y descansar	No conciliar el sueño por sí misma ya que toma un medicamento para dormir y tranquilizarse (spiron).
6	Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse	No puede vestirse sola o escoger la ropa adecuada, necesita siempre de un cuidador.
7	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.	No tiene problema en eso.
8	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	La paciente no puede bañarse ni mantener su higiene por sí misma, necesita de un cuidador.
9	Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	La paciente no presenta riesgo de caídas.

10	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y opiniones	No habla porque presenta discapacidad intelectual del 65%, por ese motivo no puede expresar sus emociones y no expresa sus necesidades y tiene temor a las personas piensa que todos les van hacer daño por el mismo hecho del abuso psicológico y sexual que sufrió en su pasado.
11	Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores	No se puede valorar por la condición de la paciente.
12	Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización persona	La paciente no puede realizar ninguna actividad por su condición de salud.
13	Participar en actividades recreativas	Si participa en actividades recreativas como manualidades, pero muy poco.

Tabla 1: Las 14 necesidades de virginia Henderson teorizante
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

4.2. DATOS TABULADOS

FACTORES PREDISPONENTES

Pregunta 1.- ¿Cuál de estas discapacidades cree que tiene la paciente?

Gráfico 1: Cuál de estas discapacidades cree que tiene la paciente



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Ángela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 100% corresponde a la enfermedad de discapacidad intelectual, para lo cual se recomienda a las parejas planificar a sus hijos y concebirles sin el consumo de drogas.

Pregunta 2.- ¿Suele realizar las cosas por sí mismo la paciente?

Gráfico 2: Suele realizar las cosas por sí mismo la paciente



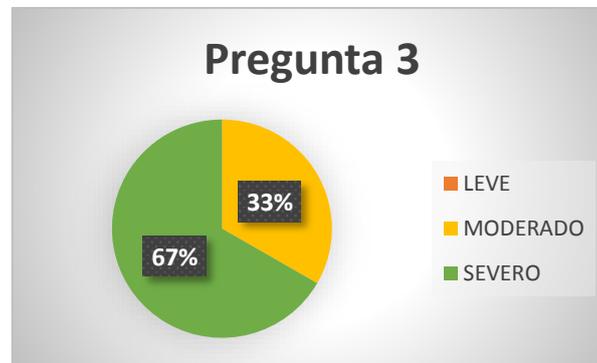
Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 44 % corresponde si realiza las cosas por si sola, mientras el 56% manifiesta que no hace las cosas por sí misma, para lo cual se recomienda al personal de salud de dicha fundación tener más cuidado a la paciente con discapacidad intelectual.

Pregunta 3.- ¿Usted como personal de salud de la fundación como podría evaluar la discapacidad de la paciente María?

Gráfico 3: Usted como personal de salud de la fundación como podría evaluar la discapacidad de la paciente María



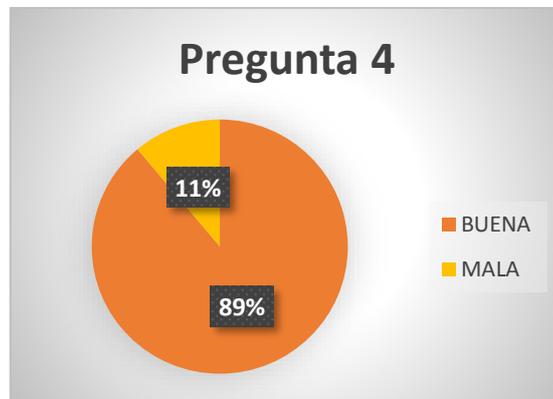
Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 33% menciona que la discapacidad es moderada y el 67% considera que la discapacidad de la paciente es severa, se recomienda al personal de salud acompañar en el autocuidado.

Pregunta 4.- ¿Cómo es la relación de la paciente con los demás compañeros internos de la fundación?

Gráfico 4: Cómo es la relación de la paciente con los demás compañeros internos de la fundación



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 89% manifiestan que la relación con los demás es buena y el 11% comentan que la paciente no relaciona, se recomienda a todo personal de la fundación apoyar en ese aspecto.

Pregunta 5.- ¿La paciente puede hacer las cosas sola o con ayuda de alguien?

Gráfico 5: La paciente puede hacer las cosas sola o con ayuda de alguien



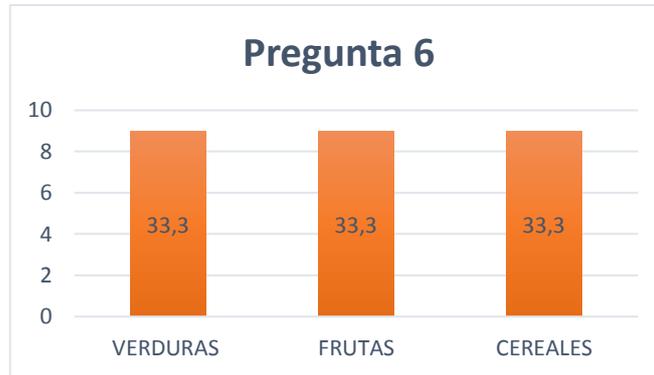
Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 100% afirma que la paciente es dependiente, por lo cual se recomienda al personal del cuidado de la fundación que le ayude a tiempo completo en el autocuidado a la usuaria.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Pregunta 6.- ¿Qué alimentos consume María en la fundación?

Gráfico 6: Qué alimentos consume María en la fundación



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 33,3% come verduras 33,3% consume frutas y 33,3% consume cereales, Se recomienda al personal nutricionista que la paciente consuma todo tipo de alimentos, pero bien cocidos.

Pregunta 7.- ¿Ella reconoce cada uno de los alimentos que consume a diario o no?

Gráfico 7: Ella reconoce cada uno de los alimentos que consume a diario o no



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 56% afirmaron claro reconoce los alimento que consume y 44% dice que no lo hace, se pide al personal de salud de la fundación que ayude más en la enseñanza.

Pregunta 8.- ¿Consume las 3 comidas diarias?

Gráfico 8: Consume las 3 comidas diarias



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

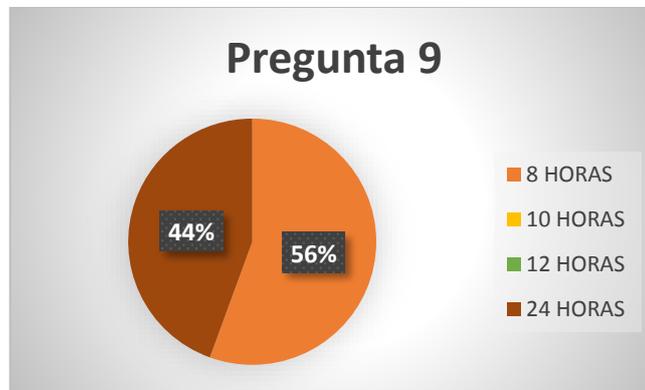
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 100% concierne que ella consume tres veces al día. se sugiere al personal nutricionista que la comida sea bien cosidas.

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

Pregunta 9.- ¿Cuántas horas usted dedica al cuidado de la paciente con respecto a su vida diaria?

Gráfico 9: Cuántas horas usted dedica al cuidado de la paciente con respecto a su vida diaria



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 56% confirma que las 8 horas dedican al cuidado y 44% cuida 24 horas, para lo cual se recomienda al personal de salud no dejar sola ni un instante.

Pregunta 10.- ¿Cómo son las condiciones donde María habita todos los días?

Gráfico 10: Cómo son las condiciones donde María habita todos los días

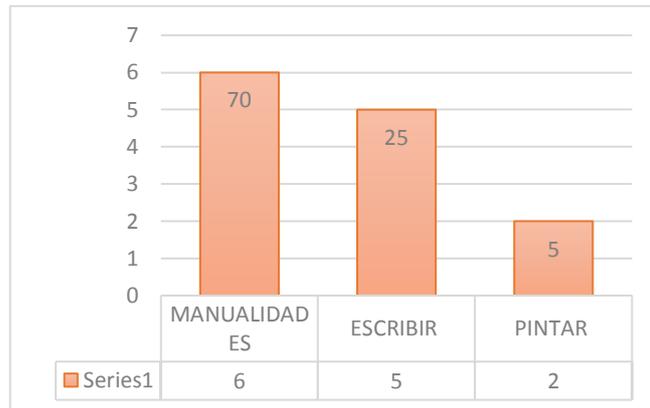


Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 100% corresponde a la enfermedad de discapacidad intelectual, para lo cual se recomienda a las parejas planificar a sus hijos y concebirles sin el consumo de drogas.

Pregunta 11.- ¿Qué actividades recreativas se le dificultan más a ella?

Gráfico 11: Qué actividades recreativas se le dificultan más a ella



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 70% confirma que ella hace las manualidades y el 25% sabe pintar y 5% sabe escribir, se le recomienda al personal de salud de la fundación de tener mucha paciencia en la enseñanza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Pregunta 12.- ¿Le gustaría a usted que la paciente se independice?

Gráfico 12:Le gustaría a usted que la paciente se independice



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

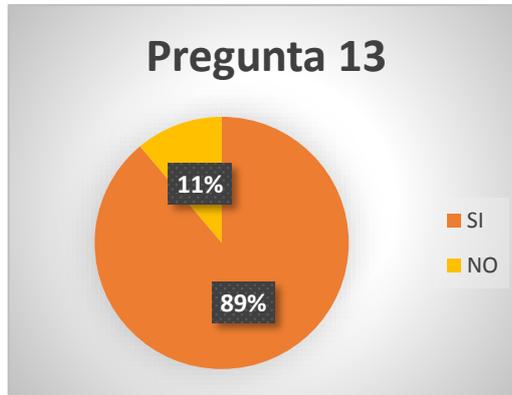
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 100% demuestra su interés para ello se le recomienda al personal de salud tener mucha paciencia en enseñar las necesidades básicas.

APRENDIZAJE DE EFERMERIA

Pregunta 13.- ¿Sabe usted que es el autocuidado?

Gráfico 13: Sabe usted que es el autocuidado



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 89% conoce el autocuidado y el 11% desconoce a la enfermedad de discapacidad intelectual, para lo cual se pidió más información sobre el autocuidado a paciente con discapacidad intelectual.

Pregunta 14.- ¿Cada que tiempo toma sus medicamentos la paciente?

Gráfico 14: Cada que tiempo toma sus medicamentos la paciente



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado

Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: El 100% afirma que la paciente consume su medicación diaria se recomienda al personal de salud administrar las dosis exactas a la paciente.

Pregunta 15.- ¿Con qué frecuencia acude la paciente a los chequeos de su enfermedad?

Gráfico 15: Con qué frecuencia acude la paciente a los chequeos de su enfermedad



Fuente: Encuesta al personal de salud de la Fundación Jesús Resucitado
Elaborado por: María Angela Fernández Tenemaza.

Análisis y discusión: En el gráfico se puede evidenciar que el 80% acude mensualmente a chequeos médicos y el 20% opinan solo cuando lo necesiten, para lo cual se encomienda al personal de salud estar atentos con las fechas de los chequeos.

CAPÍTULO V

5.1. PLAN DE INTERVENCIÓN YANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00102) DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.</p> <p>R/C: Alteración de la función cognitiva.</p> <p>M/P: Incapacidad para deglutir la comida</p>	<p>(0303)</p> <p>Autocuidados: comer</p>	<p>(1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación</p>	<p>Controlar la capacidad de deglutir del paciente.</p> <p>Identificar la dieta prescrita.</p> <p>Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.</p> <p>Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida.</p> <p>Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.</p> <p>Proporcionar ayuda física, si es necesario.</p>	<p>Hemos logrado a mejorar a la paciente en la alimentación mediante el cuidado de enfermería dirigida.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN.

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00103) DETERIORO DE LA DEGLUCION Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución. R/C: Problema con la conducta alimentaria M/P: Aliento con olor ácido, falta de masticación</p>	<p>(1010) Estado de deglución</p>	<p>(1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación</p>	<p>Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar el huevo. Proteger con un babero, según corresponda. Colocar al paciente en una posición cómoda. Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. Controlar la capacidad de deglutir del paciente. Subministrar los alimentos a la temperatura adecuada. Abrir los alimentos empaquetados.</p>	<p>Se logró mejorar la deglución en la metabolización de los alimentos. Según el cuidado de Enfermería dirigido a la paciente.</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
Diagnóstico: DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN (00102) Y DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN. (00103)			Inicio: 31 de enero del 2023
Patrón: 04: Actividad-ejercicio; 02 Nutricional- Metabólico			Final: 07 de febrero del 2023
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
31/01/2023 Martes 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Controlar la capacidad de deglutir del paciente.</p> <p>Identificar la dieta prescrita.</p> <p>Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.</p> <p>Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida.</p> <p>Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.</p> <p>Proporcionar ayuda física, si es necesario</p>	 

<p>31/01/2023</p> <p>Martes</p> <p>6:00am a 22:00pm</p>		<p>Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar el huevo.</p> <p>Proteger con un babero, según corresponda.</p> <p>Colocar al paciente en una posición cómoda.</p> <p>Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.</p> <p>Controlar la capacidad de deglutir del paciente.</p> <p>Subministrar los alimentos a la temperatura adecuada.</p> <p>Abrir los alimentos empaquetados</p>	
---	--	---	--

Tabla 2: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de la alimentación.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES.

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES Exceso o déficit en la oxigenación o eliminación de Dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar. R/C: Cambios de la membrana alveolocapilar M/P: Agitación, disnea, Cefalea e Irritabilidad.</p>	<p>(0402) Estado respiratorio intercambio gaseoso.</p>	<p>(6550) Protección contra las infecciones y Prevención y detección proceso de la infección en paciente con riesgos.</p>	<p>Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. Mantener la asepsia para el paciente con riesgo. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. administrar los antibióticos que están prescrito por el médico.</p>	<p>La paciente mantiene un intercambio gaseoso adecuado mediante el cuidado de Enfermería en el sistema respiratorio.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO.				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00030) ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>R/C: Acumulación de secreciones traqueobronquiales</p> <p>M/P: Taquipnea, disnea y Cianosis</p>	<p>Mantener la saturación de oxígeno dentro de los valores normales.</p>	<p>Ayudarle a mantener vías aéreas permeables</p>	<p>Administración de oxígeno humidificado según prescripción médica.</p> <p>Colocación del paciente en posición semifowler.</p> <p>Valorar el patrón respiratorio</p> <p>Administrar broncodilatadores prescrito por el medico (Ambroxol y dexametasona)</p> <p>Ofrecer líquidos a tolerancia por VO.</p> <p>Realizar nebulizaciones prescrito por el medico: una ampolla de ambroxol más 3cc de agua de destilada o SS0.9% c/6h.</p> <p>Realizar fisioterapia respiratoria después de cada nebulización.</p> <p>Valorar las secreciones bronquiales.</p>	<p>La paciente mantiene un intercambio gaseoso adecuado:</p> <p>color cutáneo sonrosado, FR 20 Lt/min. Mediante el cuidado de Enfermería dirigida a la paciente</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
DIAGNÓSTICO: DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES Y ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO (00030)			Inicio: 31 de enero del 2023
Patrón: 04: Actividad-ejercicio			Final: 07 de febrero del 2023
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
01/02/2023 Miercoles 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p> <p>Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>Mantener la asepsia para el paciente con riesgo.</p> <p>Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.</p> <p>administrar los antibióticos que están prescrito por el médico.</p>	
01/02/2023 Miercoles 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Administración de oxígeno humidificado según prescripción médica.</p> <p>Colocación del paciente en posición semifowler.</p> <p>Valorar el patrón respiratorio</p> <p>Administrar broncodilatadores prescrito por el medico (Ambroxol y dexametasona)</p>	

		<p>Ofrecer líquidos a tolerancia por VO.</p> <p>Realizar nebulizaciones prescrito por el medico: una ampolla de ambroxol más 3cc de agua de destilada o SS0.9% c/6h.</p> <p>Realizar fisioterapia respiratoria después de cada nebulización.</p> <p>Valorar las secreciones bronquiales.</p>	
--	--	--	--

Tabla 3: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico Intercambio Gacioso.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DÉFICIT DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORAL				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DÉFICIT DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORAL (00016).</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria.</p> <p>R/C: estado neurológico: Función sensitiva/motora medular.</p> <p>M/P: Disuria, Indecisión</p>	<p>(0503)</p> <p>Dificultad en la eliminación por todas las vías corporales</p>	<p>(1804) Ayuda en el autocuidado: micción/defecación Micción estimulada</p>	<p>Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.</p> <p>Facilitar la higiene tras la micción/defecar después de terminar con la eliminación</p> <p>Enseñar al paciente/ allegados la rutina del aseo.</p> <p>Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.</p> <p>Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.</p> <p>Informar al paciente la próxima sesión de ir al baño.</p>	<p>Se pudo lograr que la paciente controlara las micciones y deposiciones según el cuidado de Enfermería en de eliminar por todas las vías corporales.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN ORINARIA.				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00016) DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.</p> <p>Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p>R/C: Eliminación e intercambio.</p> <p>M/P: ardor al orinar, disuria y retención</p>	<p>(0305)</p> <p>Deterioro en la eliminación urinaria.</p>	<p>(0610) cuidados de la incontinencia urinaria.</p>	<p>Proporcionar prendas protectoras prendas protectoras, si es necesario.</p> <p>Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.</p> <p>Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.</p> <p>Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.</p> <p>Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.</p>	<p>He logrado un avance en eliminación urinaria poco independiente con la ayuda de cuidados de Enfermería dirigidas a la paciente.</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
Diagnóstico: DÉFICIT DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORAL Y DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN ORINARIA. (00016)			Inicio: 31 de enero del 2023
Patrón: 03-Eliminación			Final: 07 de febrero del 2023
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
02/02/2023 Jueves 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.</p> <p>Facilitar la higiene tras la micción/defecar después de terminar con la eliminación</p> <p>Enseñar al paciente/ allegados la rutina del aseo.</p> <p>Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.</p> <p>Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.</p> <p>Informar al paciente la próxima sesión de ir al baño.</p> <p>Proporcionar prendas protectoras prendas protectoras, si es necesario.</p> <p>Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.</p> <p>Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.</p>	 
02/02/2023 Jueves 6:00am a 22:00pm			

	<p>Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario.</p> <p>Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.</p>	
--	--	---

Tabla 4: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado” diagnóstico de eliminar por todas las vías corporales.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</p> <p>Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir o usar un sistema de símbolo.</p> <p>R/C: neurológico, incapacidad en la comunicación.</p> <p>M/P: desorientación en el tiempo, no hablar.</p>	<p>(0913) Estado neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales.</p>	<p>(2620)</p> <p>Monitorización Neurológica recogida y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.</p>	<p>Comprobar la respuesta a los estímulos verbal táctil y lesivos.</p> <p>Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiración.</p> <p>Observar si la paciente refiere cefalea</p> <p>Comprobar el sentido del olfato.</p> <p>Observar el patrón de sudoración.</p> <p>Observar las respuestas a los medicamentos</p> <p>Notificar al Médico los cambios en el estado del paciente.</p>	<p>La paciente ha tenido una mejora en la comunicación, con la ayuda de cuidados de Enfermería ya que responde a los estímulos verbal táctil y lesivos</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DETERIORO DE LA MEMORIA				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00131) DETERIORO DE LA MEMORIA</p> <p>Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información.</p> <p>R/C: Daño cerebral, deterioro Neurológico y discapacidad intelectual.</p> <p>M/P: Cefalea, mal humor,</p>	<p>(0908)</p> <p>Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.</p>	<p>(4760)</p> <p>Entrenamiento de la memoria, mejorar la memoria</p>	<p>Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.</p> <p>Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.</p> <p>Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imagines si procede.</p> <p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</p>	<p>Paciente con discapacidad intelectual ha superado algo de memorizar con la ayuda de terapia de imágenes.</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE COMUNICACIÓN VERBAL (00051) Y DETERIORO DE LA MEMORIA (00131)			Inicio: 31 de enero del 2023
Patrón: 06: Cognitivo-perceptivo y 08: Rol-relaciones			Final: 07 de febrero del 2023
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
03/02/2023 Viernes 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Comprobar la respuesta a los estímulos verbal táctil y lesivos.</p> <p>Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiración.</p> <p>Observar si la paciente refiere cefalea</p> <p>Comprobar el sentido del olfato.</p> <p>Observar el patrón de sudoración.</p> <p>Observar las respuestas a los medicamentos</p> <p>Notificar al Médico los cambios en el estado del paciente.</p> <p>Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.</p> <p>Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.</p> <p>Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imagines si procede.</p>	

		<p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</p>	
--	--	--	---

Tabla 5: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de comunicación verbal.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00109) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO Deterioro de realizar actividades de vestido y arreglo personal. R/C: Autocuidado: vestir M/P: discapacidad intelectual</p>	<p>(0302) Incapacidad para quitarse las prendas de vestir necesarios.</p>	<p>(1800) Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal.</p>	<p>Está disponible para ayudarla en vestir, si es necesario. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. Colocar la ropa sucia en un recipiente. Reforzar los esfuerzos por vestirse sola. Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. Considerar la edad del paciente al fomentar actividades de autocuidado.</p>	<p>Habido un logro muy satisfactorio en vestir a la paciente con el apoyo de cuidados de Enfermería ya viste adecuadamente.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109) Deterioro de la capacidad para obtener las prendas de vestir. R/C: deterioro cognitivo incapacidad de vestir o desvestir. M/P: discapacidad intelectual y deterioro neurológico	(0911) Estado neurológico: control motor central Capacidad para coordinar la actividad de movimiento corporal.	(0302) vestir Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.	Observar la capacidad del paciente para vestirse Vestir al paciente después de completar la higiene personal. Vestir al paciente con ropas que no le aprieten. Vestir al paciente con ropas personales, si es posible. Elegir los zapatos /zapatillas que faciliten un caminar o deambulación con seguridad. Cambiar la ropa del paciente al paciente. Ofrecerse lavar la ropa del paciente, si es necesario.	He obtenido la paciente a vestir poco mejor y siempre con la ayuda del cuidador, mediante el cuidado de Enfermería.

Cronograma de cuidados de Enfermería			
Diagnóstico: DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE VESTIDO (00109)		Inicio: 31 de enero del 2023	
Patrón:04: Actividad-ejercicio		Final: 07 de febrero del 2023	
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
04/02/2023 Sabado 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Está disponible para ayudarla en vestir, si es necesario.</p> <p>Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.</p> <p>Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.</p> <p>Colocar la ropa sucia en un recipiente.</p> <p>Reforzar los esfuerzos por vestirse sola.</p> <p>Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.</p> <p>Considerar la edad del paciente al fomentar actividades de autocuidado.</p> <p>Observar la capacidad del paciente para vestirse</p> <p>Vestir al paciente después de completar la higiene personal.</p> <p>Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.</p> <p>Vestir al paciente con ropas personales, si es posible.</p>	 
04/02/2023 Sabado 6:00am a 22:00pm			

		<p>Elegir los zapatos /zapatillas que faciliten un caminar o deambulaci3n con seguridad.</p> <p>Cambiar la ropa del paciente al paciente.</p> <p>Ofrecerse lavar la ropa del paciente, si es necesario.</p>	
--	--	---	---

Tabla 6: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jes3s Resucitado “diagn3stico de vestir.

Elaborado por: Fern3ndez Tenemaza Mar3a Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DEPRIVACIÓN DE SUEÑO				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00096) DEPREVACIÓN DE SUEÑO. Periodos de tiempo prolongado de sueño. R/C: suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa M/P: Agresividad, ansiedad, fatiga y malestar.</p>	<p>(0004) Suspensión periódica de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p>	<p>(2301) control de la medicación. Efectos terapéuticos y adversos de la medicación.</p>	<p>Determinar cuándo cuando se tomó la medicación. Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. Ajustar el programa la administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño /vigilia de paciente. Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicación.</p>	<p>La paciente logro a conciliar el sueño tomando su medicación a la hora exacta y con los cuidados de Enfermería dirigidas por las noches.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00198) TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO. Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores. R/C: Dificultad para conciliar el sueño. M/P: falta de control de sueño, Interrupciones y ruidos.</p>	<p>(0004) sueño Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p>	<p>(1850) Mejorar sueño. Facilitar los ciclos regulares de sueño/vigilia.</p>	<p>Determinar el patrón de sueño /vigilia del paciente. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. Determinar los afectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. Observar/registrar el patrón y número de horas del sueño de paciente Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura y cama) para favorecer el sueño.</p>	<p>He logrado tener el resultado de que concilia sueño la paciente con el acompañamiento dirigidas a la paciente.</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
Diagnóstico: DEPRIVACIÓN DE SUEÑO (00096) Y TRANSTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO (00198)		Inicio: 31 de enero del 2023	
Patrón: 05: sueño-reposo		Final: 07 de febrero del 2023	
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
06/02/2023 Lunes 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Determinar cuándo cuando se tomó la medicación.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.</p> <p>Ajustar el programa la administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño /vigilia de paciente.</p> <p>Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</p> <p>Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicación.</p> <p>Determinar el patrón de sueño /vigilia del paciente.</p> <p>Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.</p> <p>Determinar los afectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.</p>	
06/02/2023 Lunes 6:00am a 22:00pm			

		<p>Observar/registrar el patrón y número de horas del sueño de paciente</p> <p>Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.</p> <p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura y cama) para favorecer el sueño.</p>	
--	--	---	---

Tabla 7: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico del sueño.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

PLAN DE INTERVENCIÓN POR DIAGNÓSTICO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00108) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO</p> <p>Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño</p> <p>R/C: Incapacidad para lavarse la mano, incapacidad para regular el agua del baño.</p> <p>M/P: discapacidad intelectual.</p>	<p>(0301) autocuidados: baño.</p> <p>Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente Con o sin dispositivo de ayuda</p>	<p>(1610) Baño limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.</p>	<p>Lavar el cabello el cabello, si es necesario y se desea.</p> <p>Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.</p> <p>Ayudar con las medidas de higiene (utilizar el perfume o desodorante)</p> <p>Realizar los lavados de los pies, si es necesario.</p> <p>Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de cada comida.</p> <p>Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.</p> <p>Controlar la capacidad funcional durante el baño.</p>	<p>Si habido el resultado de la paciente porque ya cogió el hábito para trasladar al baño gracias con la ayuda de cuidados de Enfermería.</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICO RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES.				
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>(00003) RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES.</p> <p>Riesgo de aporte de nutrientes que accede las necesidades metabólicas.</p> <p>R/C: La distensión gastrointestinal.</p> <p>M/P: Flatulencia.</p>	<p>(1004) Estado Nutricional:</p>	<p>(1004) Alimentación: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no pueda alimentarse por sí mismo.</p>	<p>Valorar el estado abdominal (distención, sonido)</p> <p>Fomentar la actividad de ambulación de forma precoz.</p> <p>Comunicar al médico se no se ausculta ruidos intestinales.</p>	<p>Ha tenido un logro excelente sobre nutrición, pero con la ayuda de cuidados y acompañamiento de Enfermería.</p>

Cronograma de cuidados de Enfermería			
Diagnóstico: DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE BAÑO (00108) Y DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL (00001)			Inicio: 31 de enero del 2023
Patrón: 04: Actividad y ejercicio y Nutricional-metabólica			Final: 07 de febrero del 2023
Hora y día	Nombres y Apellidos	Actividad diaria	Fotografía de evidencia
07/02/2023 Martes 6:00am a 22:00pm	María Fernández	<p>Lavar el cabello el cabello, si es necesario y se desea.</p> <p>Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.</p> <p>Ayudar con las medidas de higiene (utilizar el perfume o desodorante)</p> <p>Realizar los lavados de los pies, si es necesario.</p> <p>Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de cada comida.</p> <p>Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.</p> <p>Controlar la capacidad funcional durante el baño.</p> <p>Valorar el estado abdominal (distensión, sonido)</p> <p>Fomentar la actividad de ambulación de forma precoz.</p> <p>Comunicar al médico se no se ausculta ruidos intestinales</p>	

			
--	--	--	---

Tabla 8: Cronograma de actividades ejecutadas en “Centro Comunitario Jesús Resucitado “diagnóstico de la alimentación.

Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

CONCLUSIONES

- Se han identificado los aspectos característicos de afectación más sobresalientes en la paciente con discapacidad intelectual de 65% entre los más importantes: medidas de higiene personal, disminución en el desempeño de las actividades, agotamiento verbal, generalmente esta enfermedad ha ido desarrollando debido a la falta de discapacidad intelectual del mismo paciente.
- Se pudo describir las necesidades que afectaba a la paciente y a la vez recibió ayuda para mejorar sus estilos de vida.
- Se logró ejecutar un plan de atención de enfermería en base a las necesidades identificadas de la paciente y resolver cada necesidad.
- Según las necesidades identificadas y cuidados de enfermería se permitió mejorar las necesidades de la paciente con discapacidad intelectual del 65% y así evitar complicaciones a futuro.

RECOMENDACIONES

- A futuras investigaciones se recomienda abordar sobre el tema de discapacidad intelectual ya que es una patología de riesgo que conlleva a limitaciones, teniendo en cuenta su forma de vida, la vulnerabilidad y complicaciones.
- Se recomienda al personal de cuidados de la fundación Jesús Resucitado mejorar en la alimentación diaria del paciente porque puede tener mayores riesgos de sufrir intoxicaciones. Asimismo, podría sufrir desequilibrios de los niveles de acidez que hay en el estómago, lo que se traduce en reflujo y gastritis.
- Se deben mejorar los adecuados hábitos de higiene en la paciente, para que tenga un continuo estilo de vida saludable y así fomentar estrategias para evitar enfermedades a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. España CPI. PLENA INCLUSIÓN. [Online]; 2020. Acceso 21 de NOVIEMBRE de 2022. Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/discapacidad-intelectual/#:~:text=La%20discapacidad%20intelectual%20implica%20una,la%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20entorno.>
2. enfermedades cpeypdl. informacion sobre discapacidad intelectual. multilingual sirvice. 2020; 1(7).
3. SALUD OMD. DISCACIDAD INTELECTUAL. [Online], MEXICO; 2019. Acceso 28 de ENERO de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Discapacidad%20America%20Latina.pdf>.
4. Barzola DdPG. Inserción laboral de las personas con discapacidad en Ecuador. discapacidad en Ecuador. 2018; 39(59).
5. DISCAPACIDAD CNPLID. PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR PROVINCIAS. PRIMERA ed. DISCAPACIDAD CNPLID, editor. QUITO ECUADOR : ESTADISTICA_CONADIS; 2018.
6. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Online]; 2022. Acceso 23 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/developmentaldisabilities/hoja-informativa-sobre-discapacidad-intelectual.html>.
7. salud OPdl. Organización Panamericana de la salud en las Americas. [Online]; 2019. Acceso 16 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
8. INCLUSIÓN P. Guía de la Discapacidad intelectual y del desarrollo. [Online]; 2021. Acceso 13 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/cuales-son-las-causas-de-la-discapacidad-intelectual/>.
9. humanos ddsys. Cómo diagnostican los proveedores de cuidado de la salud. [Online]; 2018. Acceso 15 de Septiembre de 2022. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/prader-willi/informacion/diagnostica>.

- 1.0. salud omd. informe general sobre la discapacidad america l; 2018.
- 1.1. CDC. Centros para el Control y Prevencion de Enfermedades. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juniode 2021. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
- 1.2. Jacobo L. Repositorio Uniandes. [Online]; 2019. Acceso Jueves 2 de Septiembrede 2021. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2847/1/TUAENF007-2014.pdf>.
- 1.3. CISNS. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juniode 2021. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Guia_Tecnica_AstraZeneca.pdf.
- 1.4. Centro nacional de vacunación y enfermedades respiratorias. Centros para el control y la prevención de enfermedades. [Online]; 2020. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html>.
- 1.5. American Academy of Pediatrics. Etapas de la adolescencia. healthy children.org. 2019; 2(1).
- 1.6. COE NACIONAL. [Online]; 2021. Acceso 10 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-10062021.pdf>.
- 1.7. Centro nacional de vacunación y enfermedades respiratorias. Centro para el control y la prevención de enfermedades. [Online]; 2020. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html>.
- 1.8. Osorio A. El Farmaceutico. [Online]; 2019. Acceso 17 de 11de 2020. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/la-revista/secciones-de-la-revista-el-farmaceutico/item/10502-sobrepeso-como-factor-de-riesgo#.X7SjWmVKjIU>.
- 1.9. Catillo A. Repositorio Unesum. [Online]; 2016. Acceso Jueves 02 de Septiembrede 2021. Disponible en:

<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/264/1/ECU-ENFER-2012-09.pdf>.

- 2.0. Linkto Media. Psicología - online. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/adolescencia-tardia-que-es-caracteristicas-y-cambios-4960.html>.
- 2.1. C D. Medlineplus. [Online]; 2019. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000348.htm>.
- 2.2. C. XT. Personas con discapacidad. estadistica conadis. 2018; 76(28).
- 2.3. IBERDROLA. IBERDROLA. [Online]; 2020. Acceso 25 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.iberdrola.com/innovacion/que-es-la-bioseguridad>.
- 2.4. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juniode 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?qclid=CjwKCAjwn6GGBhADEiwAruUcKu4gg2AwXzLqvtvZTLoxZE9ZbgEqc3_HYOpo2ksml9rvJLvXk7z3IRoCkX4QAvD_BwE.
- 2.5. Marti FC. Clinica Barcelona. [Online].; 2018. Acceso 23 de 11 de 2020. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/evolucion-de-la-enfermedad>.
- 2.6. Mayoclinic. Mayoclinic. [Online]; 2020. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/diagnosis-treatment/drc-20375749#:~:text=Esto%20incluye%20medir%20tu%20estatura,o%20m%C3%A1s%20se%20considera%20obesidad>.
- 2.7. Johana RRL. Factores que predisponen el sobrepeso en conductores de la Compañía de Transportes pesado Titanes del Norte CIATITANORT S.A. Proyecto de Investigación. Tulcán-Ecuador: Univesiad Regional Autónoma de los Andes "UNIANDES", Facultad de Ciencias Medicas.
- 2.8. OMS. World Health Organization. [Online]; 2021. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.
- 2.9. Ruiz J. Conocimiento de las medidas de bioseguridad en el personal de salud. Scielo. 2017; 1(1).

- 3.0. Amezcua M. GOMERES salud, historia, cultura y pensamiento. [Online]; 2018. Acceso 12 de Enero de 2023. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>.
- 3.1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON EN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. [Online]; 2020. Acceso 15 de Enero de 2023. Disponible en: [https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/#:~:text=Valoraci%C3%B3n%2C%20Diagnostico%2C%20Planificaci%C3%B3n%2C%20Intervenci%C3%B3n,a%20\(8%E2%80%93310\)](https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/#:~:text=Valoraci%C3%B3n%2C%20Diagnostico%2C%20Planificaci%C3%B3n%2C%20Intervenci%C3%B3n,a%20(8%E2%80%93310)).
- 3.2. Serpera C. T-UCSG-PRE-MED-TERA-229.pdf. [Online]; 2018. Acceso 1 de Septiembre de 2021. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15401/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-229.pdf>.
- 3.3. OPS. OPS. [Online]; 2021. Acceso 11 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.
- 3.4. MSP. MSP. [Online]; 2020. Acceso 12 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Chimborazo-Riobamba-1-9.pdf>.
- 3.5. MSP. MSP. [Online]; 2020. Acceso 12 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Chimborazo-Riobamba-1-9.pdf>.
- 3.6. Canals M. Conceptos para una buena toma de decisiones en la pandemia COVID-19. Scielo. 2020; 1(1).
- 3.7. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2020. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>.
- 3.8. OPS. Organización Panamericana de Salud. [Online]; 2020. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>.
- 3.9. Perez MR, Gomez JJ, Dieguez RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020; 1(1).
- 4.0. Valdes MAS. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020; 1.

- 4.1. Irlanda Alvarado JB, Carreto L, Pavon F, Garcia A. Etiología y Fisiopatología del SARS-CoV-2. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2020; 1(1).
- 4.2. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- 4.3. Educación para la salud. [Online]; 2020. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion para la salud splitpdf page117-119.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion%20para%20la%20salud%20splitpdf%20page117-119.pdf).
- 4.4. Desinfección. [Online]; 2020. Acceso 25 de Julio de 2021. Disponible en: https://www.candelateatro.com/la-importancia-de-desinfectar-los-zapatos-para-evitar-el-covid-19/?gclid=EAlalQobChMI0p6TxPv88QIVleDICh1YxgnkEAAYASAAEqK95_D_BwE.
- 4.5. Universidad Industrial de Santander. Manual de Bioseguridad. Tesis..
46. Universidad CES. Universidad CES. [Online]; 2018. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.ces.edu.co/noticias/lavado-de-manos/>.
- 4.7. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2020. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>.
- 4.8. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>.
49. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339341/WHO-2019-nCoV-IPC PPE use-2020.4-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339341/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.4-spa.pdf).
50. Pérez SP, Santiago MA. EL Concepto de adolescencia. En Adolescencia.; 2017. p. 16.
51. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 15 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>.

52. Sanitaria. Redaccion médica. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/componentes-de-la-vacuna-pfizer-covid-colesterol-diez-sustancias-2262>.
53. MSP Chile. División prevencion y control de enfermedades/departamento de inmunizaciones subsecretaria de salud publica. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Ficha-vacuna-Sinovac-Life-Science.pdf>.
54. Psicología y mente. Psicología y mente. [Online]; 2020. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/adolescencia-temprana>.
55. PyM. Psicología y mente. [Online]; 2020. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/adolescencia-temprana>.
56. Linkto Media. Psicología - online. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/adolescencia-tardia-que-es-caracteristicas-y-cambios-4960.html>.
57. Foundation for Medical Education and Research. Mayoclinic. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
58. Foundation for Medical Education and Research. MayoClinic. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
59. Foundation for Medical Education and Research. Mayoclinic. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
60. BBC NEWS. [Online]; 2020. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51736459>.
61. BBC NEWS. [Online]; 2020. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53159706>.
62. FDA. U.S FOOD & DRUG. [Online]; 2021. Acceso 24 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/uso-seguro-de-desinfectantes-para-las-manos>.

63. TOCARAMA. Protección ocular y facial. [Online]; 2020. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.tocarama.org/proteccion-ocular-y-facial-para-combatir-el-covid-19/>.
64. Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias. Centro para control y prevención de enfermedades. [Online]; 2021. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
65. Subsecretaría de Salud Pública de Chile. Coronavirus jóvenes Chile. [Online]; 2020. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Coronavirus%20adolescentes%20Chile.pdf>.
66. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2021. Acceso 24 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
67. Secretaría de trabajo y seguridad social de Honduras. Normas de bioseguridad. [Online]; 2020. Acceso 25 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.aguilarcastillolove.com/assets/covid-19/honduras/documents/28.05.2020%20STSS%20-%20Protocolo%20de%20Bioseguridad%20por%20motivo%20de%20Pandemia%20COVID-19%20para%20Supermercados%20versi%C3%B3n%205.pdf>.
68. Gestar salud. [Online]; 2020. Acceso 25 de Julio de 2021. Disponible en: <https://gestarsalud.com/2020/05/08/conozca-las-medidas-de-bioseguridad-que-deben-aplicarse-de-manera-habitual-para-evitar-contagio-de-covid-19/>.
69. El comercio. [Online]; 2021. Acceso 25 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/ciencia/especialistas-trajes-proteccion-bioseguridad-coronavirus.html>.
70. Universidad de la Sabana. Campus Unisabana. [Online]; 2020. Acceso 24 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/el-manejo-del-aislamiento-y-la-bioseguridad-en-casa/>.
71. <https://ifightdepression.com/es/young-people/what-is-adolescence>. [Online]; 2017. Acceso 11 de Junio de 2021. Disponible en: <https://ifightdepression.com/es/young-people/what-is-adolescence>.

72. Gutierrez A. Bebes y mas. [Online]; 2017. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>.
73. Gomez P. Plan Internacional. [Online]; 2017. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>.
74. Bulechek BDW. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición ed. Barcelona-España: Elseiver; 2014.
75. Arteaga B. Cuadernilloembarazo. Cientifico. GUAYAQUIL: NAP, NAP.2.
76. Esparta A. Ayuda en accion. [Online]; 2017. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>.
77. Menéndez GE. El embarazo y sus complicaciones en la madre. cog123. 2017; v2(34).
78. Gonzales A. Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en conductores del transporte público en Cochabamba-Bolivia. Scielo. 2018; 41(1).
79. reservada L. Scielo. [Online]; 2017. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1997000100003.
80. PRONTO J. Microsoft Word - 107-26.doc. [Online]; 2017. Acceso 12 de JUNIOde 2021. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se26.pdf.
81. Enfermedades CpeCylPd. Embarazo. [Online]; 2017. Acceso 12 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/during.html>.
82. Castellano PVOAGA. Codajic. [Online].; s/f. Acceso 19 de 11 de 2020.
83. Enfermer RC. Revista Cubana de Enfermería. Scielo. 2011; vol.27(no.4).
84. Salvo DM. Salud Intengral. [Online]; 2017. Acceso Lunes 14 de Juniode 2021. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/index.php/salud/vacunas/105-comunidad/vacunas/559-control-prenatal-de-la-adolescente-embarazada>.

85. Caraballo A. Guia Infantil. [Online]; 2017. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>.
86. Organización Mundial de la Salud. Obesidad. [Online]; 2020. Acceso 10 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>.
87. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online]; 2020. Acceso 10 de 11de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%2Fm2\).- ,Adultos,igual%20o%20superior%20a%2030.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%2Fm2).- ,Adultos,igual%20o%20superior%20a%2030.)
88. INEC. Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios. [Online]; 2019. Acceso 10 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas Sociales/Camas Egresos Hospitalarios/Cam Egre Hos 2 018/Boletin-tecnico%20ECEH.pdf>.
89. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. Definición e información sobre el sobrepeso y la obesidad en los adultos. [Online]; 2018. Acceso 17 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/informacion-sobre-sobrepeso-obesidad-adultos/definicion-hechos>.
90. Gómez M. Epidemiología de sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios de Chilpancingo, Guerrero. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2017; 6(12).
91. Herrera G. Causas y consecuencias sistemicas de la obesidad y sobrepeso. REH-REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES. 2020; 1(2).
92. Retana M. Geosalud. [Online]; 2018. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.geosalud.com/nutricion/sobrepeso/causas.html>.
93. Gómez C. Siempre mujer. [Online]; 2017. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://siempremujer.com/salud/tipos-sobrepeso-y-a-que-se-deben/83489/>.
94. Fernandez-Travieso. Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares. Revista CENIC. 2016; 47(01).
95. PhDab CCCPFPMO. Obesidad del adulto. Elseiver. 2017; 21(2).

96. Sampietro L. Papel de la Enfermería ante la Obesidad. Informe final de Tesis. Saragoza: Universidad Saragoza, Ciencias de la Salud.
97. Ordoñez G. Prevención Integral. [Online]; 2013. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2013/estilos-vida-riesgo-cardiovascular-en-conductores-carga-pesada>.
98. Saca Y. ESTILOS DE VIDA DE LOS CHOFERES PROFESIONALES DE LA COMPAÑÍA UNCOMETRO QUE PADECEN ENFERMEDADES METABÓLICAS, CUENCA MARZO – SEPTIEMBRE 2016. Proyecto de Investigación. Cuenca: Universidad Cuenca, Facultad de Ciencias Medicas.
99. ONU. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida : Una carga económica para los servicios de salud. [Online]; 2020. Acceso 18 de 11de 2020. Disponible en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/enfermedades-relacionadas-con-el-estilo-de-vida-una-carga-economica-para-los-servicios-de-salud>.
100. Ministerio de Salud Pública. salud.gob.ec. [Online].; 2018-2025. Acceso 19 de 11 de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>.
101. Scarone S. [Online]; 2015. Acceso 26 de 11de 2020. Disponible en: <http://tuendocrinologo.com/site/nutricion/calculadora.html>.
102. <https://ifightdepression.com/es/young-people/what-is-adolescence>. [Online].
103. <https://ifightdepression.com/es/young-people/what-is-adolescence>. [Online].
104. <https://ifightdepression.com/es/young-people/what-is-adolescence>. [Online].
105. Quevedo EL. Microsoft Tesis. [Online]; 2018. Acceso 11 de Juniode 2021. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>.
106. Maria del Pilar Mori Sanchez. Embed. [Online]; 2018. Acceso Lunes 23 de Agostode 2021. Disponible en: <https://h5p.org/h5p/embed/113252>.
107. RIVERA ZGA. HISTORIA DE PENIPE. PRIMERA ed. PADRE JAIME PACSTG, editor. RIOBAMBA: PUBLICACION DEL DOCUMENTO; 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 1

ABREVIATURAS

C.I: Consciente Intelectual

OMS: Organización Mundial de Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud.

APS: Atención Primaria en Salud.

IMC: Índice de masa corporal.

PC: Parálisis cerebral.

EB: Espina Bífida.

SA: Síndrome asperger.

PM: Retraso mental.

SW: Síndrome de West.

CA: Cólico abdominal.

DL: Discapacidad Leve.

DM: Discapacidad Moderada.

DS: Discapacidad severa.

PCD: Persona con discapacidad.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

ANEXOS N° 2

Encuesta realizada a todo el personal de Centro comunitario Jesús Resucitado Capodarco Ecuador



INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "SAN GABRIEL"
CARRERA DE ENFERMERÍA
TEMA DE INVESTIGACIÓN:



PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA DIRIGIDO A UN PACIENTE ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% DE LA FUNDACIÓN JESUS RESUCITADO DE LA COMUNIDAD DE CAPODARCO DEL ECUADOR, CANTÓN PENIPE, PROVINCIA CHIMBORAZO ENERO-ABRIL 2022.

OBJETIVO: Desarrollar un plan de atención de enfermería dirigido a un paciente con discapacidad intelectual del 65% del centro comunitario Jesús Resucitado perteneciente al Cantón Penipe para mejorar su calidad de vida.

Indicaciones

- Responda con sinceridad las preguntas
- Si tiene alguna inquietud, pregunte antes de responder

ENCUESTAS

FACTORES PREDISPONENTES:

A) Cuidado de la persona

1) ¿Cuál de estas discapacidades cree que tiene la paciente?

SINDROME DE DOWN

AUTISMO

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

2) ¿Suele realizar las cosas por sí mismo la paciente?

SI

NO

3) ¿Usted como personal de salud de la fundación como podría evaluar la discapacidad de la paciente María?

Leve (bajo)

Moderado (medio)

Severo (mucho)

4) ¿Cómo es la relación de la paciente con los demás compañeros internos de la fundación?

Buena

Mala

5) ¿La paciente puede hacer las cosas sola o con ayuda de alguien?

Sola

Ayuda

B) HÁBITOS ALIMENTICIOS

6) ¿Qué alimentos consume María en la fundación?

verduras

frutas

cereales

7) ¿Ella reconoce cada uno de los alimentos que consume a diario o no?

SI

NO

8) ¿Consume las 3 comidas diarias?

SI

NO

A veces

C) ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

9) ¿Cuántas horas usted dedica al cuidado de la paciente con respecto a su vida diaria?

8 horas

10 horas

12 horas

24 horas

10) ¿Cómo son las condiciones donde María habita todos los días?

Agradables

Parcialmente agradables

Desagradables

11) ¿Qué actividades recreativas se le dificultan más a ella?

Manualidades

Escribir

Pintar

D) Intervenciones de Enfermería

12) ¿Le gustaría a usted que la paciente se independice?

Si

No

E) Aprendizaje de Enfermería

13) ¿Sabe usted que es el autocuidado?

Si

No

2) ¿Cada que tiempo toma sus medicamentos la paciente?

Diariamente

Semanalmente

Nunca

3) Con qué frecuencia acude la paciente a los chequeos de su enfermedad

Mensualmente

Trimestralmente

Semestralmente

Anualmente

Cuando lo necesite

Nunca

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°3

Entrevista realizada a la directora de la Fundación Jesús Resucitado



**INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO
"SAN GABRIEL"
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**



- 1. ¿En la fundación Jesús Resucitado cuántos pacientes existen con discapacidad intelectual?**

Actualmente existen 7 pacientes con discapacidad intelectual

- 2. ¿De los pacientes descritos, cual presenta mayores problemas que afectan su diario vivir?**

Existe una paciente de 32 años de edad que tiene discapacidad intelectual del 65%, la cual presenta diversos problemas de salud que afectan su diario vivir, la paciente no cuenta con referencia familiar, es decir con un cuidador.

- 3. ¿Se me permitiría la revisión de la historia clínica de la paciente para obtener información para mi investigación?**

Por supuesto, usted como estudiante puede acceder a la revisión de documentos de la paciente, sin olvidar la confidencialidad.



Fotografía 1: Revisión de HCL



Fotografía 2: Revisión de HCL

ANEXO N° 4

Asentimiento informado

 <p>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR "SAN GABRIEL" <i>Registro Institucional: 07020 CONESUP</i> TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> 
Datos Generales:
Nombre del Investigador:
Nombre de la Institución:
Provincia, cantón y parroquia:
Título del proyecto:
.....
.....
.....
Presentación:
La inscrita Srta./Sr. con CI: Estudiante de cuarto semestre de la Carrera de Tecnología en Enfermería del Instituto Tecnológico Superior Particular "San Gabriel", se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular para la elaboración del proyecto de investigación para la obtención del Título de Tecnólogo/a de Enfermería, solicita la utilización de datos de confidencialidad y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de esta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de esta propuesta. Puede existir algunas palabras que no

entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle al investigador.

Propósito:

La presente investigación, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos post-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio es

.....
.....
.....

Confidencialidad

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente el investigador tendrá accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto a algún directivo o persona responsable, director, docente, etc.

El conocimiento obtenido de esta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Consentimiento:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado enfermero.

Nombre del Participante:
.....

Firma del Participante..... CI:

Fecha Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo

Fecha..... Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador:

Firma del Investigador:

Fecha: Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

ANEXO N° 5

MATERIAL UTILIZADO CON LA PACIENTE

N°	NOMBRE	IMAGEN
1	MASCARILLA DEL ÓXIGENO	
2	CHAROL DE COMIDAS	
3	PLATO SOPERO	
4	PAPEL HIGIÉNICO	
5	CUCHARA SOPERA	
6	BABERO	
7	PAÑITOS HUMEDOS	
8	CEPILLO DENTAL	
9	PASTA DENTAL	
10	SHAMPOO ÍNTIMO	
11	JABÓN DE BAÑO	
12	JABÓN PARA LA ROPA	

13	DESOLORANTE	
14	SHAMPOO MANZANILLA	
15	CREMA HUMECTANTE	
16	PEINILLA	
17	JUEGOS DIDACTICOS	
18	COLORES	
19	PLASTILINAS	
20	COMBIVENT	
21	SOLUCIÓN SALINA AL 0.9%	
22	JERINGUILLA DE 3CC	

Tabla 9: Materiales utilizados con la paciente en la ejecución.

Elaborado: Fernández Tenemaza María Angela

ANEXO N° 6

FOTOGRAFÍAS DE LA EJECUCIÓN DEL PACIENTE



Fotografía 3: Preparación de la bandeja para el almuerzo de la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Ángela



Fotografía 4: Valoración física de la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Ángela



Fotografía 5: Ayuda en vestir y en amarrar las zapatillas de la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



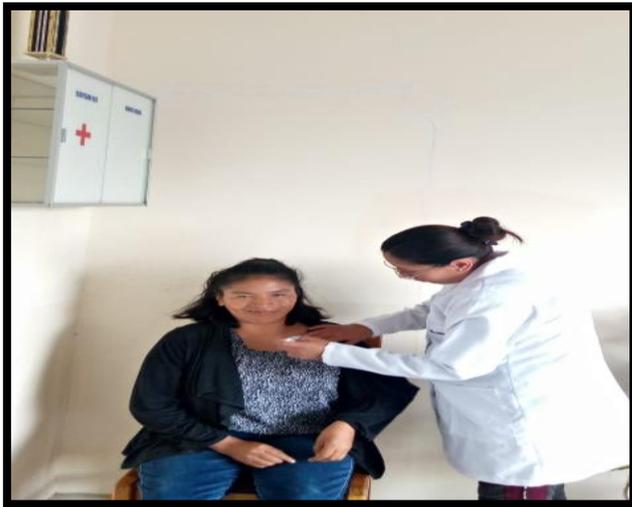
Fotografía 6: Ayuda en el cepillado dental a la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 7: Asistencia en el peinado a la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 8: Ayuda en la repartición de los alimentos del Almuerzo de la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 9: Toma de signos Vitales la temperatura corporal
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 10: Asistencia en vestir a la paciente
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 11: Colaboración en la alimentación.
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 12: Acompañar al baño a la paciente cada dos hora.
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 13: Asistencia de pintar los dibujos.
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 14: Acompañando a la paciente en el descanso como es dormir
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 15: Toma de signos Vitales la Presión Arterial.
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela



Fotografía 16: Ayuda en escribir sus propios nombres.
Elaborado por: Fernández Tenemaza María Angela

ANEXO N° 7

GLOSARIO

Fenilcetonuria: Defecto de nacimiento que provoca la acumulación de un aminoácido llamado fenilalanina en el cuerpo.

Trisomía: Es un trastorno genético en el cual una persona tiene tres copias de un cromosoma en vez de dos. Tener un cromosoma extra cambia la manera en la cual se desarrolla un bebé tanto física como intelectualmente.

Síndrome Angelman: Trastorno genético que ocasiona discapacidad del desarrollo y síntomas neurológicos, no suele ser detectado hasta que los retrasos en el desarrollo son notables, generalmente cuando un bebé tiene entre seis y doce meses de vida.

Meningitis: Inflamación de las membranas de la médula espinal y el cerebro, usualmente a causa de una infección, suele estar ocasionada por una infección viral, aunque también puede ser bacteriana o fúngica. Las vacunas pueden prevenir ciertos tipos de meningitis.

Homogéneo: Que es igual para los diversos elementos que forman un determinado grupo o conjunto. "se pretende que todos los segmentos del mercado tengan un consumo homogéneo de esta marca"

Metacognición: es una conciencia de los propios procesos de pensamiento y una comprensión de los patrones detrás de ellos

Coreoatetósicos: El síndrome de convulsiones infantiles y coreo atetosis paroxística (ICCA) es una enfermedad neurológica caracterizada por convulsiones durante el primer año de vida (epilepsia infantil familiar benigna; consulte este término) y ataques discinéticos coreoatetósicos durante la infancia o adolescencia.

Esfínteres: Músculo en forma de anillo que cierra y abre la abertura de determinados conductos naturales del cuerpo; especialmente, el de la uretra.