



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

Productos de apoyo en la deambulaci3n y su impacto en la calidad
de vida

Autor:

Macías Romero Richard José

Facultad de Ciencias M3dicas

Carrera Terapia Ocupacional

Manta – Manabí - Ecuador

2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“PRODUCTOS DE APOYO EN LA DEAMBULACIÓN Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA”** presentado por **ROMERO MACÍAS RICHARD JOSÉ**, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del tribunal de grado, que el honorable Consejo Superior designe.

Manta, Abril del 2019

LCDO.TYRON MOREIRA LÓPEZ MG.

TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Proyecto de Investigación, sobre el tema “**PRODUCTOS DE APOYO EN LA DEAMBULACIÓN Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA**”, de Macías Romero Richard José para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, Abril 2019

Dr. Erick Cantos. Mg

Calificación

Lcdo. Diego Cuichán. Mg

Calificación

Lcda. Alexandra Parrales.

Secretaria de carrera

DEDICATORIA

A Dios que por sobre todas las cosas me da la vida, fuerza y sabiduría para aquellos momentos difíciles a lo largo de mi investigación, por ser mi centro y haberme permitido alcanzar mis logros, brindándome salud, amor y misericordia en todo momento, eligiéndome cada mañana y renovando mis fuerzas y anhelos, doy gracias por ser luz en momentos de oscuridad y darme los motivos suficientes para terminar lo que una vez tuvo un inicio.

A mi madre Miriam que con muchos esfuerzos me ayudó para que mi sueño de estudiar sea realizado con la promesa de recompensarle todo con el orgullo de verme como un gran profesional, a mi padre Richard que moralmente siempre me enseñó a ayudar a los que más lo necesitan.

A mis hermanas Nathaly y Valentina, a mi sobrina Marita que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que soy y de lo que les puedo brindar.

Y mis abuelitos Francisco, Marcos, Carmen en el cielo por guiarme por un buen camino, a mi abuelita Rosa María pues soy esperanza y fuerza para ayudarla y apoyarla en días de vejez.

A mis compañeras con amor que me acompañaron en este duro y difícil proceso, por último, a mis docentes que hicieron de mí una persona más capacitada y un terapeuta ocupacional capaz y competente.

RICHARD JOSÉ MACÍAS ROMERO

RECONOCIMIENTO

¡Venturoso aquél a quien el cielo dio un pedazo de pan, sin que le quede obligación de agradecerse a otro que al mismo cielo!

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo.

Sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible, agradezco infinitamente a mis Hermanas por su cariño y amor por la felicidad de tenerlas apoyándome en todo momento

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

De igual forma, agradezco a mi Tutor, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo, gracias mi estimado Lcdo. Tyron Moreira López Mg.

Con Gritud.

AUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	III
DEDICATORIA	IV
RECONOCIMIENTO.....	V
INDICE DE CONTENIDO	VI
RESUMEN	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
3. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO	17
4. PROPUESTA	29
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS	33

RESUMEN

La deambulaci3n es una necesidad para alcanzar una calidad de vida 3ptima, en el Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de Manta, dentro de esta investigaci3n se destac3 la importancia del correcto uso y elecci3n de productos de apoyo en la rehabilitaci3n para beneficio de la calidad de vida, pues existe un gran d3ficit de conocimientos por parte del usuario. Es por ello que el objetivo general de esta investigaci3n fue el de determinar la calidad de vida del paciente al utilizar productos de apoyo y sus objetivos espec3ficos, identificar el conocimiento del usuario en la elecci3n de los productos de apoyo, analizar la utilizaci3n de los productos de apoyo en la deambulaci3n y su efecto en el estado de 3nimo y valorar la calidad de vida del paciente que requiere productos de apoyo. Para obtener datos se recurri3 a una entrevista, una encuesta auto confeccionada, escala Gencat para valorar la calidad de vida, escala Barthel para evaluar actividades de la vida diaria b3sicas, escala de Tinetti para evaluar equilibrio. En este trabajo se concluy3 que los productos de apoyo son necesarios para mejorar la calidad de vida, ayudan a la autonom3a de la deambulaci3n y por lo tanto de actividades de la vida diaria.

Palabras claves: Productos de apoyo, calidad de vida, deambulaci3n, actividades de la vida diaria.

1. INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización mundial de la salud).

La calidad de vida está estrechamente ligada a la posibilidad de tomar decisiones independientes, haciendo que el individuo se relacione con si mismo, con los demás y con el medio. El entorno debe ser accesible y adecuado a las necesidades y expectativas para permitir una relación enriquecedora participativa sin discriminación.

Ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida del inmemorial sueño por la felicidad, otras veces propuesta como la tarea preceptiva del estado del bienestar moderno.

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona (Ardila, Rubén, "Calidad de vida: una definición integradora", Revista Latinoamericana de Psicología 2003, 35). Es una sensación de bienestar físico, psicológico y social.

La intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico social con la comunidad, y la salud percibida son aspectos de una buena vida, de acuerdo a esto en la actualidad la deambulacion también supone una necesidad de prioridad, que el usuario pueda decidir por si mismo donde ir y cuando quiere hacerlo, es uno de los derechos que más claramente están relacionados con la libertad del individuo y la vida independiente.

La deambulacion en pacientes con movilidad reducida es facilitada por productos de apoyo, estos deben contribuir a la eliminacion de barreras arquitectónicas para facilitar el acceso y movilidad en su propia vivienda, así como en las zonas de su comunidad.

La instruccion para el empleo de productos de apoyo que ayuden a la deambulacion del usuario es de competencia de los terapeutas ocupacionales y de el equipo multidisciplinario, es así como guiarán a la correcta eleccion y enseñará el uso para su beneficio.

Los productos de apoyo deben cumplir con requisitos para ser de beneficio y disminuir los problemas que presenta una persona con movilidad reducida, de manera que contribuya a reducir su desventaja social. Para cumplir con esto deben ser sencillas tanto en su concepción como en su utilización y eficaces, respondiendo de forma directa a las necesidades para las que han sido desarrolladas.

Es difícil que un solo producto se adecue a todas las necesidades, pero se puede avanzar mucho para que el producto sea lo suficientemente flexible para atender las demandas de un mayor número de personas. El concepto de diseño para todos o diseño universal es el proceso de diseñar diferentes productos, servicios y entornos para que puedan ser utilizados por la mayor gama posible de personas, sin la necesidad de adaptaciones o diseños específicos. (Porrero Cristina, “discapacidad y calidad de vida”, 2000).

En Ecuador, el tema de la discapacidad no fue un eje en las políticas públicas de los gobiernos centrales de turno. Por el contrario, el trato hacia este grupo se daba de manera tangencial y bajo una lectura de vulnerabilidad, hecho que limitó su impacto hacia la instauración de medidas políticas coyunturales en el ámbito educativo, de salud o laboral, lo que se tradujo en un ambiente de marginación, aislamiento y de escasa coordinación. (Camacho y Fraga, “Política de atención a personas con discapacidad en el Ecuador: hacia un modelo de exportación” 2012:1).

A partir de 2007 el trato de este grupo adquirió un carácter prioritario dentro de la estrategia de desarrollo del país. A través de un proceso de revolución social, basado en políticas sociales articuladas e incluyentes, el estado centró sus esfuerzos en garantizar los derechos fundamentales de todas las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades (República del Ecuador, 2008: 5). De esta forma, la discapacidad, tema históricamente relegado, pasó a convertirse en uno de los ejes centrales y de atención prioritaria. Gracias a la política de atención a la discapacidad en el año 2007, se estableció el primer programa denominado Ecuador sin Barreras; a través de éste, la vicepresidencia de la república arrancó una serie de acciones que permitieron la visualización del

problema de la falta de atención a las personas con discapacidad y proyectó, a primer plano, las políticas sociales del Gobierno Nacional mediante su atención.

El presente trabajo investigativo realizado en el IESS de Manta, estuvo dirigido a pacientes adultos que utilizan productos de apoyo para la deambulaci3n, destac3 la importancia del correcto uso y elecci3n de los productos de apoyo en el proceso de rehabilitaci3n para beneficio de la calidad de vida.

Las variables de la investigaci3n son calidad de vida y productos de apoyo.

La problemática es la falta de conocimientos que tienen al escoger y utilizar productos de apoyo, como afecta la calidad de vida al paciente utilizarlos y el desconocimiento por parte de la poblaci3n acerca de la misma.

El objetivo general es determinar la calidad de vida del paciente al utilizar productos de apoyo y los objetivos específcos son identificar el conocimiento del usuario en la elecci3n de los productos de apoyo, analizar la utilizaci3n de los productos de apoyo en la deambulaci3n y su efecto en el estado de ánimo, valorar la calidad de vida del paciente que requiere productos de apoyo.

Se usaron varios instrumentos para la recolecci3n de datos: una entrevista, una encuesta auto confeccionada, escala Gencat para valorar la calidad de vida, escala Barthel para evaluar actividades de la vida diaria básicas, escala de Tinetti para evaluar equilibrio.

Este proyecto explorará la importancia de los productos de apoyo, dirigido a brindar una mejor calidad de vida a los pacientes, así mismo guiará a sus cuidadores a no limitarlos brindándoles las pautas necesarias para la autonomía de la deambulaci3n para lograr una total independencia. La movilizaci3n y deambulaci3n mejoran el estado de salud mental y est3n relacionada con el desarrollo de una buena calidad de vida adem3s permite la comunicaci3n e interacci3n social.

Por lo tanto, se propone investigar el uso correcto de los productos de apoyo para así guiar al cuidador y al paciente a tener una vida m3s aut3noma y de facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria y la adaptaci3n de los pacientes a ambientes externos.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Productos de apoyo

La Organización Internacional de Estandarización (ISO) sobre clasificación y terminología de productos de apoyo para personas con discapacidad, los define como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones o estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. (Organización Internacional de Normalización, art 17 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud Español).

Los productos se clasifican de acuerdo a su función y se estructuran en tres niveles jerárquicos denominados clases, subclases y divisiones.

El objetivo para utilizar un producto de apoyo es realizar la tarea, de forma autónoma o con ayuda de un asistente, con eficacia, seguridad y comodidad.

Otras razones para utilizar productos de apoyo serían, como prevención en un proceso degenerativo, rebajar el esfuerzo que requiere la actividad, evitar o reducir el riesgo de lesiones o accidentes y disminuir o evitar el dolor.

Los productos de apoyo abarcan un amplio espectro que va desde, por ejemplo, utensilios tan simples como el engrosamiento del mango de un cubierto, al más sofisticado sistema de acceso al ordenador. La aparición de nuevos productos y prestaciones avanza en paralelo al desarrollo tecnológico.

En todos los ámbitos en los que se utilicen los productos de apoyo, deben ser considerados necesarios y eficaces; que no restrinjan las capacidades del usuario, que no estén contraindicados; de fácil obtención, con una buena relación calidad - precio y cubiertos por un servicio postventa para su mantenimiento. En muchos casos será necesario un profesional que los recomiende y que enseñe a utilizarlos adecuadamente. Por supuesto, el usuario debe participar en esta elección.

El usuario de los productos de apoyo puede ser la persona con discapacidad o su un asistente. Este asistente puede ser un cuidador informal (generalmente un familiar), o bien un asistente personal calificado. Será necesario valorar las capacidades de ambos para hacer una elección adecuada.

La comercialización de estos productos se ha diversificado en los últimos años. Algunas tiendas están especializadas en un grupo específico de productos mientras que otras ofrecen gran variedad. Hay empresas que venden por correo o por Internet. Cada vez más hay comercios generales que venden productos de apoyo, como farmacias, tiendas de electrónica, de mobiliario, de ocio, etc.

Es aconsejable realizar la compra en establecimientos especializados que asesoren sobre las características del producto, permitan verlo y probarlo (dependiendo del producto) antes de comprarlo, entreguen el manual de instrucciones y la garantía como en cualquier otro producto de consumo. También deben contar con un buen servicio técnico post-venta.

Además, se van incorporando nuevos servicios para facilitar la disponibilidad de productos de apoyo a los usuarios y a su asistente o cuidador, como son los servicios de prueba previa a la decisión de compra, los de préstamo, alquiler, y la gestión de productos usados, que se realizan por empresas o a través de entidades o asociaciones.

También hay que mencionar que el concepto de "Diseño para todos" está cambiando la estrategia del diseño, permitiendo que productos de uso general puedan ser utilizados por personas mayores y personas con falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Los productos diseñados para todos se comercializan en establecimientos del mercado de gran consumo siendo más asequibles y fáciles de encontrar.

El diseño para todos y los productos de apoyo son sistemas que se complementan para asegurar unos entornos, productos y servicios que faciliten la autonomía personal y la participación de las personas mayores y las personas con falta o pérdida de autonomía.

Productos de apoyo para deambular.

Para desplazarse dentro de la vivienda es necesario orientarse adecuadamente, abrir y cerrar puertas, desplazarse horizontalmente con o sin productos de apoyo para movilidad y si la vivienda tiene diferentes alturas, desplazarse verticalmente (subir y bajar escaleras, rampas o utilizar el ascensor).

Abrir y cerrar puertas es un factor muy importante en la vivienda de una persona con limitaciones en la movilidad es el tipo y tamaño de las puertas y sus manillas.

La anchura necesaria de la puerta no es simplemente la anchura que tiene el andador o la silla de ruedas, sino la que se necesita al desplazarse para que la persona y su asistente puedan acceder a la estancia. Además, es necesario un espacio libre de obstáculos delante de la puerta para la maniobra de apertura (la persona retrocede cuando la puerta se abre hacia sí) y si hay una rampa, el último tramo hasta la puerta no debe estar en plano inclinado. En una puerta corredera no es necesaria esta maniobra para abrir y cerrar.

En casos en los que no sea posible abrir con la manilla o con alguna adaptación, habría que pensar en automatizaciones: Se instala un motor para abrir y cerrar que se acciona con un pulsador. Esta automatización puede ser para una sola puerta o incluida en un sistema de control de entorno.

Desplazamientos

Andar y moverse en la vivienda requiere equilibrio en bipedestación y fuerza y movilidad suficiente en los miembros inferiores.

Colocar barras o pasamanos a la altura y en la posición adecuada ayudará a que una persona con dificultad para los desplazamientos camine de forma más cómoda y segura. No obstante, en ocasiones será necesario el uso de un producto de apoyo específico.

El uso de un producto de apoyo para desplazarse requiere un espacio de maniobra, por lo que en ocasiones habrá que redistribuir o cambiar el mobiliario o incluso realizar obras de eliminación de barreras arquitectónicas, de manera

que la persona y su asistente, según el caso, puedan acceder a la estancia y desplazarse por ella.

La elección de un producto de apoyo para la movilidad debe ser aconsejada por un profesional de la rehabilitación, que entrenará en el uso si fuese necesario. El usuario debe estar presente para probarlo y ajustarlo antes de la adquisición.

Recomendaciones para facilitar la orientación

- Para personas con ceguera o deficiencia visual las diferencias de nivel deben estar marcadas por diferencias de colores y texturas. Hay que poner especial cuidado con los deslumbramientos.
- Personas con deficiencia cognitiva, pueden precisar que la información se muestre con pictogramas y poner especial atención en la seguridad.
- Manillas adecuadas en vez de pomos si hay problemas de destreza. Algunas manillas pueden abrirse incluso presionando con el antebrazo.
- Color de las puertas y manillas contrastado con el fondo si hay deficiencia visual.
- Los cerrojos o pestillos deben poder desbloquearse desde fuera.

Productos de apoyo para deambulación

Pueden usarse cuando hay falta de fuerza en los miembros inferiores, alteraciones del equilibrio y/o la coordinación, pero también para reducir el dolor de los músculos y articulaciones redistribuyendo el peso. Describiremos: bastones, muletas y andadores.

Bastones y muletas

Constan de 3 partes: empuñadura, caña y base. Cuanto mejor se adapte la forma de la empuñadura a la anatomía de la mano menor será el riesgo de producir lesiones. La altura debe ser ajustada para cada persona. En general, se considera una altura adecuada unos 15 grados de flexión del codo, más o menos cuando la empuñadura queda a la altura del trocánter mayor, pero una persona con deficiencia visual puede necesitar que esté más bajo, porque la percepción del suelo es mejor de este modo.

Los bastones y muletas apoyan en el suelo mediante una pieza que suele ser de caucho llamada contera. La contera no debe estar desgastada y debe apoyar en el suelo en toda su superficie. Existen conteras que proporcionan mejor agarre en terreno húmedo o irregular.

Tipos de bastones y muletas:

- Bastones que solamente tienen una empuñadura para la mano.
- Muletas de codo, con una banda de apoyo en el antebrazo. El apoyo de las muletas de codo a veces es una abrazadera cerrada y/o basculante, que sujeta la muleta en el antebrazo, evitando que se caiga, por ejemplo, al soltar la mano para abrir una puerta.
- Muletas de apoyo en antebrazo para descarga de las muñecas.
- Muletas axilares. Aunque se llamen axilares, el apoyo debe recaer sobre el tórax para evitar graves lesiones. Las muletas axilares permiten estar apoyado, dejando las manos libres para alcanzar objetos.
- Bastones de tres o más patas. Pueden tener una empuñadura sencilla o similar a las muletas de codo.

Tipos de andadores:

- Con cuatro patas sin ruedas. Algunos disponen de dos empuñaduras más bajas para ayudar a levantarse. Para caminar con un andador sin ruedas es necesario dar un paso y levantar el andador, por lo que requiere estabilidad suficiente en bipedestación.
- Andadores con ruedas: pueden llevar dos o cuatro ruedas. Los de dos ruedas delanteras y dos conteras traseras son muy difíciles de utilizar en terreno irregular (alfombras, irregularidades del suelo).

Los andadores con cuatro ruedas se desplazan mejor en terreno irregular, pero es imprescindible que la persona tenga la fuerza, destreza y capacidad de reacción suficiente para accionar los frenos.

- Andadores posteriores: el andador está situado detrás de la persona y dispone de un mecanismo de bloqueo para que no se desplace hacia atrás.

- Andadores con sujeción para los pies y/o para los antebrazos u otras partes del cuerpo. Estos andadores disponen de muchas piezas para adaptarlo a las necesidades del usuario.

No es posible utilizar un andador para subir o bajar escaleras, por lo que la persona que camina necesitará muletas o pasamanos adecuados y si aún así no es posible, habrá que utilizar otra alternativa a las escaleras (plataforma elevadora, rampa, ascensor)

Pueden disponer de varios accesorios que facilitan la comodidad; Asiento para descansar, cesta o bandeja para llevar objetos, soporte para botella de oxígeno, etc.

Sillas de ruedas

Si la persona va a permanecer varias horas en la silla de ruedas, es necesario que el asiento y el respaldo sean firmes, es decir, que dispongan de una base rígida (que no significa dura) que proporcione estabilidad.

Además, será imprescindible dotar a la silla de los accesorios adecuados para el control de su postura. También puede ser necesario utilizar una silla de ruedas basculante o reclinable para facilitar los cambios de postura.

La valoración de los déficits posturales debe realizarse por el terapeuta ocupacional este debe hacer las adaptaciones necesarias, incluyendo revisiones periódicas según la evolución de la persona.

Requisitos que debe cumplir una silla de ruedas:

- Facilitar la propulsión del usuario y/o de su asistente.
- Promover posturas simétricas y estables.
- Evitar el desarrollo de deformidades y daños por presión.
- Mejorar las funciones de deglución, respiración y visión.
- Estética adecuada a las preferencias del usuario.
- Facilidad de limpieza.

En una silla de ruedas distinguimos dos partes: el chasis o estructura básica, que permite el desplazamiento, y el soporte corporal, que llamaremos asiento en sentido amplio, formado por el asiento propiamente dicho, respaldo, reposacabezas, reposapiés, reposabrazos y sus accesorios.

Según la estructura del chasis las sillas se dividen en:

- Sillas de ruedas bimanuales: Disponen de dos ruedas traseras con aros para su propulsión y dos ruedas pivotantes delanteras. El tamaño de la silla debe ser adecuado al de su usuario para que la propulsión sea eficaz.

- Sillas controladas por un asistente: Disponen de cuatro ruedas, dos traseras fijas o pivotantes y dos delanteras pivotantes. Aunque la persona no pueda propulsarlas, si las dimensiones del entorno lo permiten, puede utilizarse una silla con ruedas grandes traseras porque su maniobrabilidad es mayor. El espacio de uso es diferente que en una silla de ruedas bimanual, pues es necesario que haya espacio para el asistente.

- Sillas controladas por un solo lado del cuerpo: Hay dos tipos: Con los dos aros colocados en una de las ruedas o con una palanca que controla la propulsión y la dirección. Aunque en esta última la postura es más simétrica, en ambos casos son sillas difíciles de conducir y que requieren más espacio de maniobra que otras sillas.

- Sillas de ruedas eléctricas: Están formadas por el chasis, dos motores alimentados por baterías y un mando de control.

El mando de control más usual es el joystick, pero hay disponibles otros mandos para personas que no pueden utilizarlo (pulsadores, mandos para pie y cabeza) También existen mandos para que sea un asistente quien conduzca la silla si éste no puede empujar una silla de ruedas manual, debido a sus limitaciones o al peso del usuario.

- Sillas de ruedas infantiles: Los niños se encuentran en periodo de crecimiento y desarrollo físico y psíquico, por ello es imprescindible que la silla le ofrezca la oportunidad de conocer y experimentar con su entorno: si ésta le obliga a permanecer en una postura pasiva no permitiéndole, por ejemplo,

acercarse a una mesa, no podrá coger sus juguetes con independencia, comer o realizar otras actividades cotidianas que son vitales para este desarrollo.

Una característica que cobra especial relevancia es la posibilidad de ajuste o regulación para adaptarse a su crecimiento y a su evolución, que son mucho más cambiantes que en los adultos.

Existen otras sillas, también de aspecto similar a las de bebé, pero no tienen posibilidades de ajustes posturales y suelen ser de tela flexible.

En ellas, el niño adopta una postura de inclinación. Estas sillas sólo deben usarse para el desplazamiento, pues carecen de controles posturales adecuados y si el niño permanece en ellas durante largos periodos de tiempo puede desarrollar serias deformidades.

Calidad de vida.

El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión a lo largo de los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles de usar como felicidad y bienestar.

Aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Resulta difícil pues, hablar de un enfoque histórico, ya que es más actualidad que historia. Como señala García Riaño (1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, pero se recurre a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para lograr entender su historia.

La misma naturaleza compleja del concepto hace difícil su definición conceptual. Como ha reconocido Calman (1987) en su análisis de más de doscientos trabajos, su utilización va a la par de su indefinición. En primer lugar, es un concepto global, inclusivo y multidisciplinar, como ha aparecido en el rápido recorrido histórico trazado. Sin tratar de ser exhaustivos, Levi y Anderson (1980), asumiendo una propuesta de las Naciones Unidas, enumeran los

siguientes componentes: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestidos, ocio y derechos humanos.

El conjunto objetivo de todos estos componentes constituye el nivel de vida de los pueblos y las personas.

Por lo mismo, su estudio, análisis y evaluación, como ha puesto de manifiesto Solomon (1980), abarca la práctica totalidad de las Ciencias Humanas, aunque se centren en ellas de forma privilegiada la medicina, la economía, la sociología, las ciencias políticas y, finalmente la psicología. Sin embargo, la naturaleza integradora del concepto no supone necesariamente su aditivita lineal. Aunque las dimensiones que lo compongan puedan ser constantes, sus elementos se integran en un algoritmo específico que depende de las circunstancias históricas, de los pueblos y de las personas.

El segundo elemento básico de la definición es su necesidad de incluir los aspectos objetivos y los subjetivos. Levi y Anderson (1980) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. En este sentido Andrews y Whitney (1976) insisten en que no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo. De forma global Lawton (1984) la define como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson (1978) proponen una definición que puede ser usada: "La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás", aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto. Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de sus dos polos o focos. Como ocurre con una elipse, necesita la referencia a ambos focos para poder ser descrita.

La calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el "espacio vital" de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en ultimo término, de los valores de los sujetos, y es a través de

él como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, A. 1985). Como ha podido constatar Campbell (1976), los indicadores objetivos socioeconómicos han aumentado de 1957 a 1972 de forma sustantiva mientras que el número de personas que manifiestan ser muy felices ha disminuido progresivamente. No bastan los bienes objetivos para generar la satisfacción, además es necesario desearlos. No es extraño entonces que surjan problemas cuando se trata de determinar quien debe evaluar o determinar la calidad de vida. Diferentes investigaciones han encontrado frecuentes discrepancias entre los pacientes y los doctores a la hora de determinar la calidad de vida. Slevin y col. (1988) han concluido que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente y que además debe contarse con la propia evaluación de los pacientes. Probablemente en el campo social, económico y político las discrepancias sean todavía mayores.

Desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Es decir, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de salud y eso hasta el punto de que en determinados enfoques no solo es el valor predominante sino aglutinante. Kaplan (1985) cuenta que Rokeach tuvo que remover de su lista de valores el de la salud a fin de facilitar la opcionalidad de ellos. No solamente es el primero que emerge históricamente, es también el más básico de ellos. Su importancia para la calidad de vida es doble. De un lado el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias puede estar en relación con la salud. De otro, repercute indirectamente en ella al afectar al resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida: trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. Aunque este efecto en cadena no sea exclusivo del área de salud, sí es una de sus características más claras y relevantes, y por lo mismo ha sido objeto privilegiado de estudio.

A pesar de esta importancia, englobar la calidad de vida y el bienestar subjetivo en el concepto de salud sería erróneo y supondría una ruptura del marco conceptual trazado. La sobredimensionalización del concepto de salud es poco ventajosa incluso para él mismo. Confundir los factores físicos y materiales, económicos y sociales con los de salud es una forma de perder capacidad operativa sobre todos ellos. Una vez más, la interdependencia no significa indistinción. Por ello, no sería correcto abordar la calidad de vida exclusivamente desde el área de la salud.

Salud y calidad de vida.

La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación. Lamentablemente, por regla general nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad (influido por el modelo médico-biológico individual), y ha prestando más atención a la curación que a la idea de prevención (Camarero Sánchez C., 1982). El resultado ha sido el desarrollo de una altísima tecnología de intervención con unos costes económicos de difícil factura individual y social. Desde esta perspectiva, si se quiere evitar el colapso de los servicios de sanidad se hace imprescindible el desarrollo de una actitud que promocióne la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud.

Por su misma naturaleza el concepto de salud no puede describirse ni exclusiva ni predominantemente en términos negativos, como ausencia de enfermedad.

El viejo concepto de la salud como equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, entre hombre y naturaleza, entre hombre y sociedad, entronca con este mismo concepto interdisciplinar de salud. Por otra parte, si como proponen Schwartz y Schwartz (1983) el término salud mental tiene una amplitud que engloba la totalidad del comportamiento humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación.

Como ha quedado expresado, los problemas de la medición de la salud comienzan con sus problemas de definición y el enfoque objetivo o subjetivo que

se adopte. Cuando se ha utilizado el enfoque de indicadores externos han sido múltiples a los que se ha recurrido, los más aconsejables de ellos son aquellos que pueden ser utilizados como predictores de morbilidad y mortalidad. El enfoque subjetivo se centra en la percepción personal de la salud, un aspecto que es esencial a la hora de predecir o buscar ayuda médica. De hecho, la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto (Goldstein y col. 1984).

Calidad de vida y enfermedad.

Nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar al auto concepto, al sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos.

La preocupación por la calidad de vida en la enfermedad proviene en parte de la constatación de que no basta alargar la vida, ya que gran parte de los enfermos desea vivir, no meramente sobrevivir (McDowell y Newell, 1987).

La evaluación de las habilidades funcionales en la enfermedad se ha efectuado a través de diferentes tipos de metodologías como las pruebas directas específicas, la observación de la conducta o la entrevista con la persona afectada o con un familiar o conocido. Cada método tiene sus limitaciones. Así, mientras la observación directa es escasamente utilizada debido al tiempo que comporta, las pruebas objetivas necesitan un material no siempre al alcance, un personal especializado y, además, en ocasiones, su frecuente repetición dada la posible variación cíclica de algunas funciones.

Frecuentemente las medidas de habilidad funcional insisten en dos aspectos: las actividades de autocuidado y la capacidad de movimiento y desplazamiento de la persona; ambas por el innegable peso social que tienen. Actividades de autocuidado como comer, beber, bañarse, vestirse, la capacidad para desplazarse fuera y dentro del hogar permiten al sujeto valorarse y desarrollar

una autonomía básica. Sin embargo, las escalas no suelen entrar en detalles más específicos vinculados a un tipo u otro de actividad, o descuidar la importancia y significado que los sujetos den a determinados aspectos de sus actividades.

La importancia de la calidad de vida en los pacientes proviene principalmente considerarlo no solo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo. El relanzamiento de la calidad de vida desde la perspectiva médica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como agente social y que pregunta por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades sociales del enfermo.

Desde esta perspectiva una práctica médica responsable debe estar atenta no solo a los efectos directos de sus atenciones, sino también a los indirectos. Si la calidad de vida del paciente es importante para aquel que puede sanar, lo es todavía más para quien solo le queda su capacidad de gustar los aspectos positivos de cada momento presente.

3. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

El presente trabajo investigativo se desarrolló con el fin de conocer los beneficios y desventajas de los productos de apoyo en la calidad de vida de los pacientes con movilidad reducida, recibiendo su tratamiento en el Hospital General IESS de Manta.

Tipo de estudio

La investigación es cuasi experimental porque se recolectó información de un grupo de pacientes ya establecidos, esto permitió tener una visión general, respecto a la realidad de los pacientes, cuantitativa porque se aplicaron técnicas, como encuestas, de las cuales se obtuvieron datos estadísticos que nos permitieron conocer el resultado de la investigación, exploratoria porque generó hipótesis, reconoció variables de interés investigativo y permitió investigar un problema poco investigado en el contexto.

Investigación de campo y bibliográfica

La recolección de información de la investigación se realizó en el Hospital General IESS de manta y por medio de fuentes bibliográficas de libros, revistas, artículos científicos y páginas web. Estos recursos fueron las principales fuentes de información utilizadas en el problema de investigación.

Población y muestra

La población con la que se realizó la investigación es de 24 pacientes y la muestra con la que se intervino está constituida por 12 pacientes adultos, los cuales tienen dentro de 50 a 70 años de edad cronológica.

Técnicas e instrumentos de la investigación

Se utilizó una encuesta auto confeccionada para obtener información, proporcionada por los pacientes, entrevistas que permitieron obtener una información más veraz. El programa usado para la tabulación de datos fue Microsoft Excel. Para la investigación se usaron las escalas de Barthel para valorar actividades de la vida diaria básicas, escala de Tinetti para evaluar marcha y escala Gencat que valora aspectos de la buena calidad de vida.

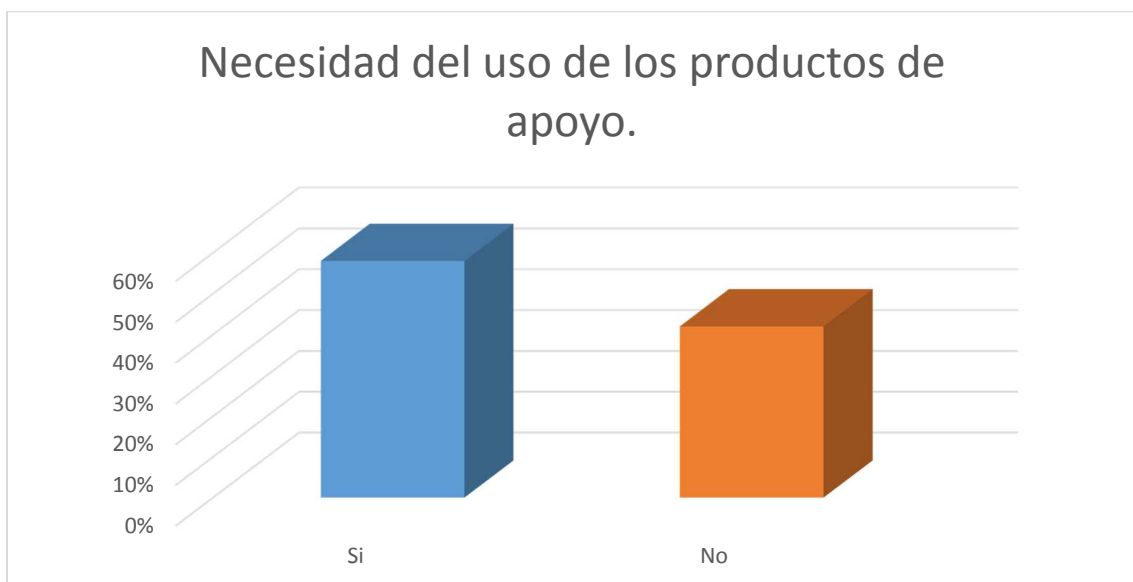
Encuesta dirigida a los pacientes que utilizan productos de apoyo para la deambulaci3n del hospital general IESS de Manta.

1. ¿Cree usted que es necesario el uso de los productos de apoyo?

Cuadro N°1 Necesidad del uso de los productos de apoyo.

ALTERNATIVAS	PORCENTAJE
Si	58%
No	42%

Gráfico N°1 Características de los productos de apoyo.



Fuente: Pacientes Que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero

Análisis e Interpretaci3n de Datos.

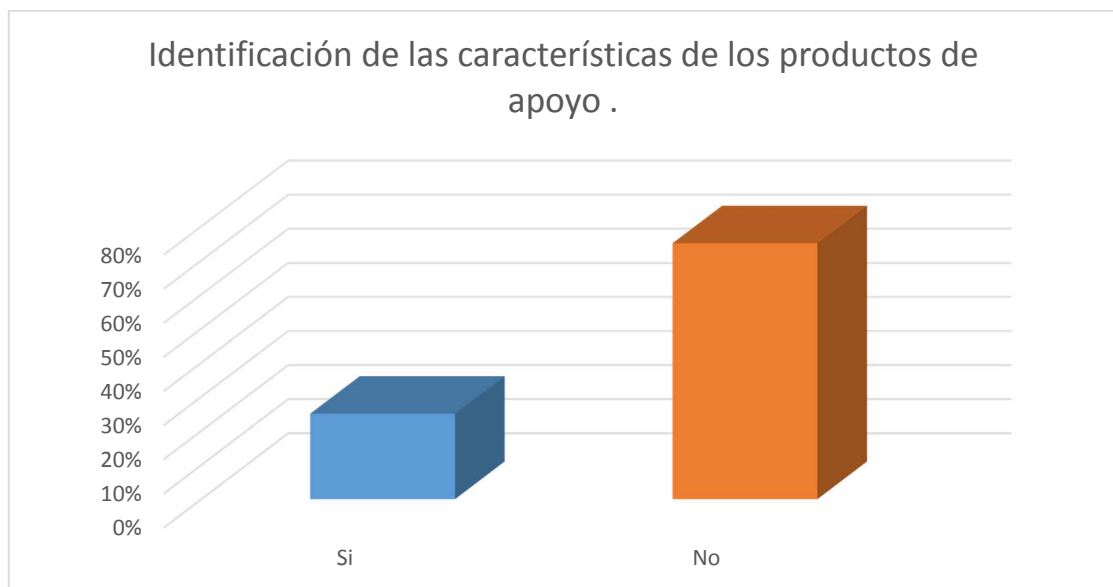
Del total de los pacientes encuestados el 58% respondieron que si es necesario el uso de los productos de apoyo mientras que el 42% de los encuestados reconocieron que no les parece necesario el uso de los productos de apoyo.

2. ¿Identifica las características de los productos de apoyo?

Cuadro N°2 Identificación de las características de los productos de apoyo.

ALTERNATIVAS	PORCENTAJE
Si	25%
No	75%

Gráfico N°2 Identificación de las características de los productos de apoyo.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos.

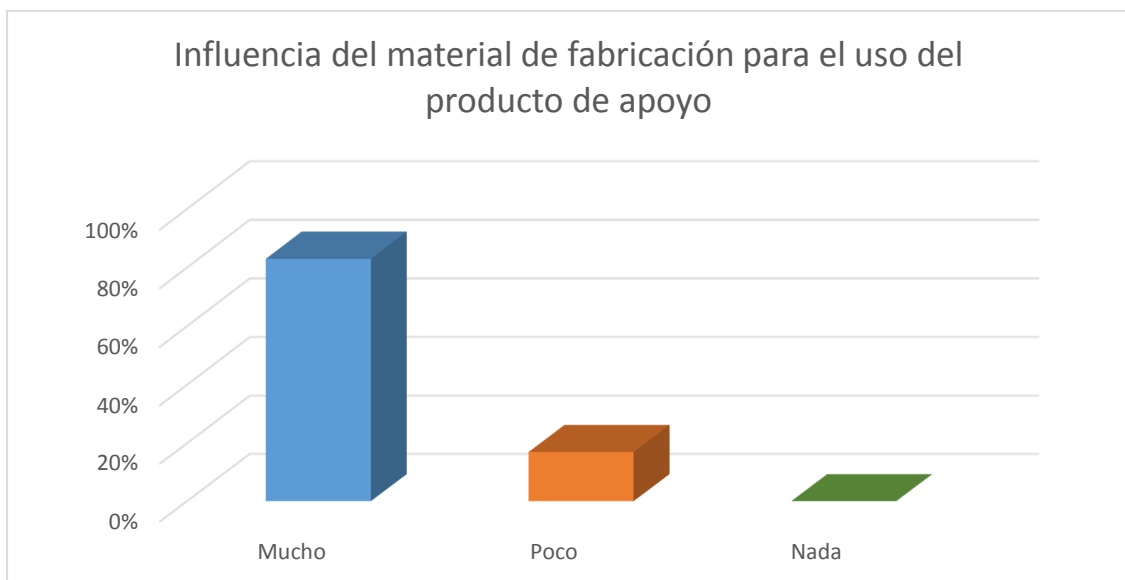
El 25% de pacientes contestaron que si identifican las características de los productos de apoyo mientras que el 75% refiere que no las identifican.

3. ¿Cuánto cree usted que el material de fabricación del producto de apoyo influye en su uso?

Cuadro N°3 Influencia del material de fabricación para el uso del producto de apoyo

ALTERNATIVAS	PORCENTAJE
Mucho	83%
Poco	17%
Nada	0%

Gráfico N°3 Identificación de las características de los productos de apoyo.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos.

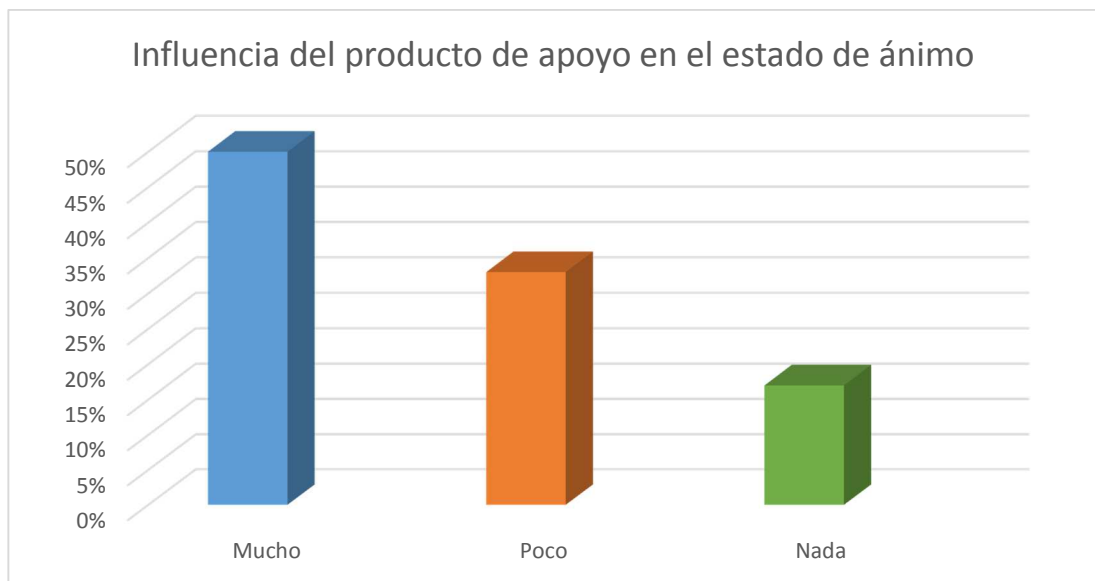
El 83% de pacientes afirman que el material del cual esté fabricado el producto de apoyo influye mucho en su uso, mientras que el 17% piensa que influye poco pues en su criterio el material del que esté fabricado su producto de apoyo no es importante a la hora de deambular.

4. ¿Cuánto cree que el producto de apoyo influenciará en su estado de ánimo?

Cuadro N°4 Influencia del producto de apoyo en el estado de ánimo.

ALTERNATIVAS	PORCENTAJE
Mucho	50%
Poco	33%
Nada	17%

Gráfico N°4 Influencia del producto de apoyo en el estado de ánimo.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos.

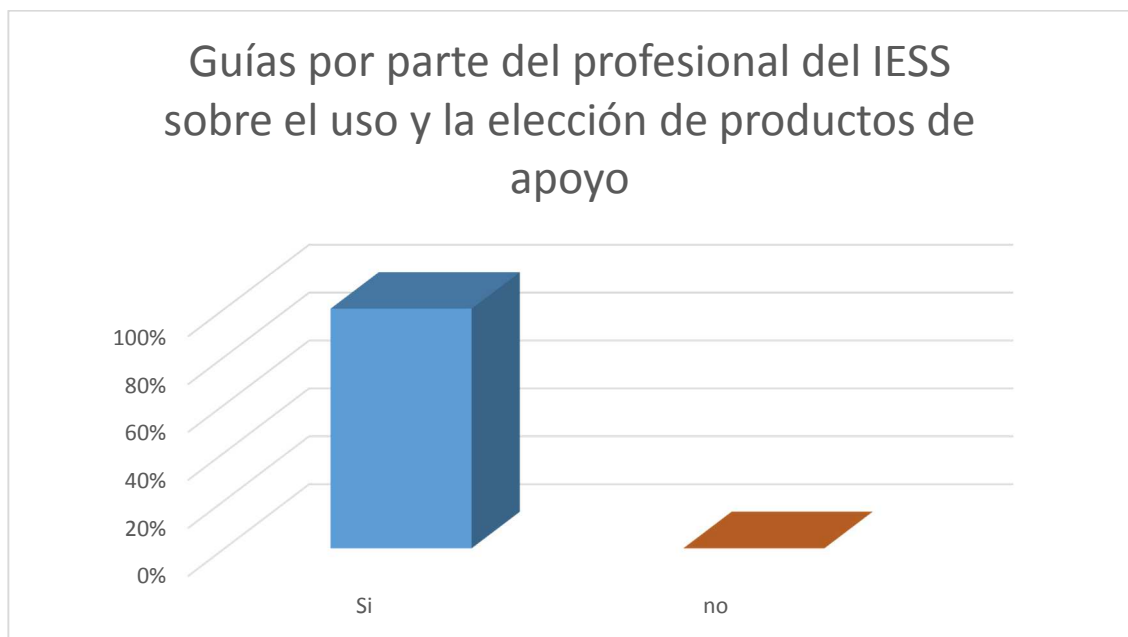
El 50% de pacientes afirman que el uso de producto de apoyo influirá mucho en su estado de ánimo, el 33% respondió poco, y el 17% restante corresponde a los que respondieron nada al momento de preguntarles si usar un producto de apoyo será de influencia para su estado de ánimo.

5. ¿Cree que en el IESS se deben dar guías sobre la elección y el uso correcto de los productos de apoyo?

Cuadro N°5 Guías por parte del profesional del IESS sobre el uso y la elección de productos de apoyo.

ALTERNATIVAS	PORCENTAJE
Si	100%
No	0%

Grafico N°5 Guías por parte del profesional del IESS sobre el uso y la elección de productos de apoyo



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos.

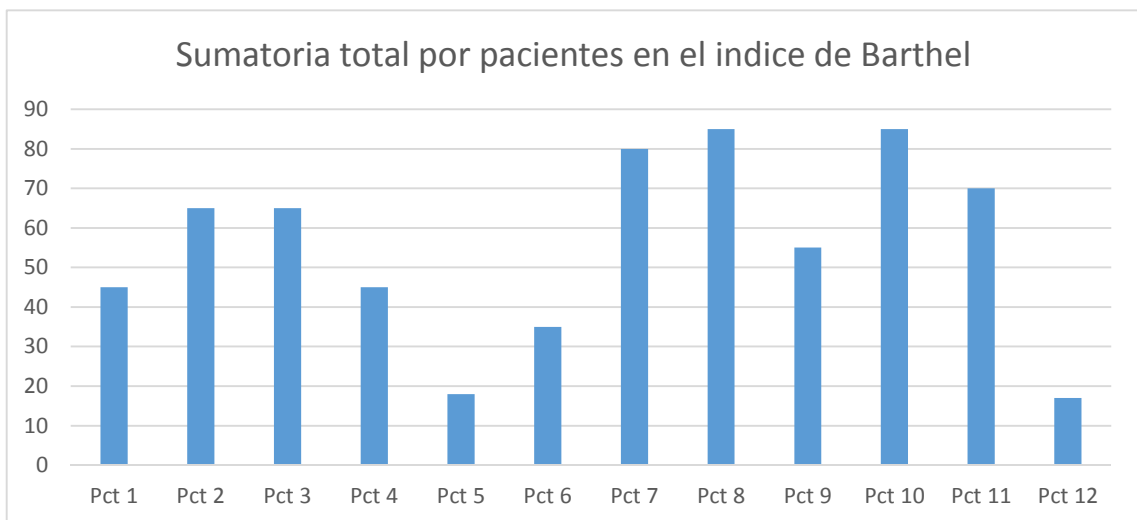
El 100% de pacientes manifestaron que creen que el hospital de el IESS debe dar las guías y pautas para conocimiento general, gracias a esto podrá conocer la importancia y la necesidad de utilizar productos de apoyo, conocer que ayuda a las personas a seguir llevando una vida lo más normalizada posible y aumentar así su calidad de vida, autoestima y bienestar.

Tabulación de datos del índice de Barthel para evaluar actividades de la vida diaria básicas

Cuadro N° 6 Puntuaciones alcanzadas por pacientes que se evaluaron con el índice de Barthel.

Pacientes.	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje.
6	=/ >60 Dependencia leve	46%
3	40-55 Dependencia moderada.	23%
2	20-35 Dependencia grave	15%
2	< 20 Dependencia total	15%

Grafico N° 6 Datos del índice de Barthel para evaluar actividades de la vida diaria básicas



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

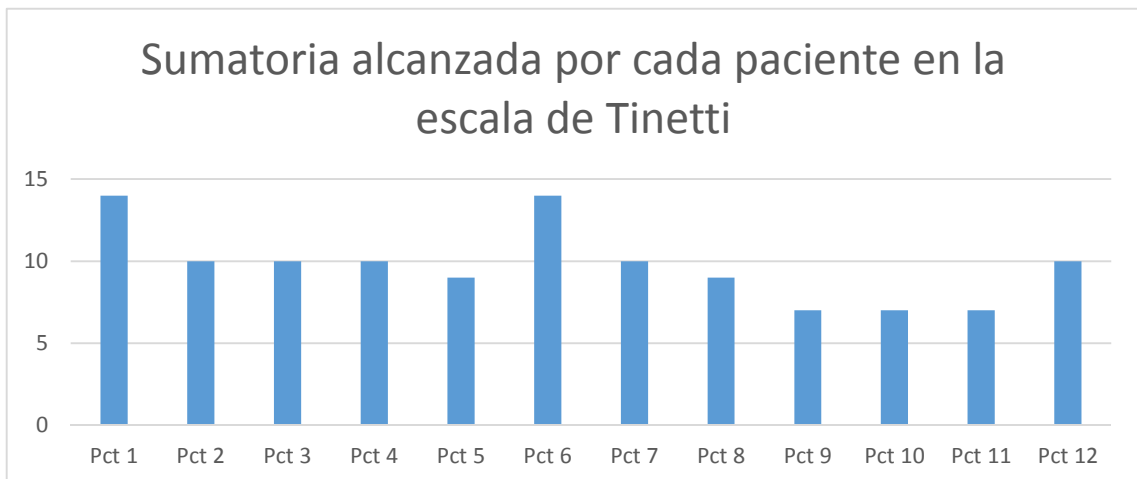
Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes a los que se aplicó el índice de Barthel, 46% puntuaron mas de 60 que referencia a una dependencia leve, 23% puntuaron entre 40 y 55 siendo estos dependientes moderadamente, 13% puntuaron entre 20 y 25 esto hace referencia a dependencia grave y 15% sumaron menos de 20

Tabulación de datos de la escala Tinetti para evaluar marcha.

Cuadro N° 7: Datos de la escala Tinetti para evaluar marcha.

Pacientes.	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje.
5	10	42%
3	7	25%
2	14	17%
2	9	17%

Grafico N° 7: Datos de la escala Tinetti para evaluar marcha.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

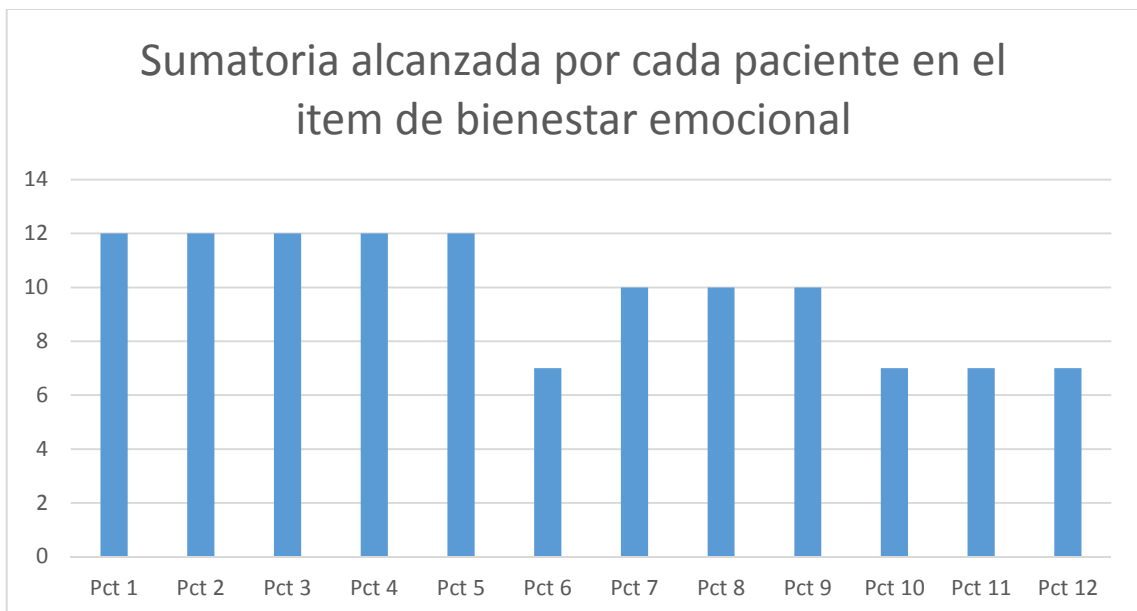
Análisis e Interpretación de Datos: Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes que se evaluaron, 42% puntuaron con 10, 25% sumaron 7, 17% puntuaron 14 y 17% completaron 9 puntos esto refiere que existen riesgos de caída según la escala de Tinetti.

Tabulación de datos del ítem de bienestar emocional de la escala Gencat para evaluar calidad de vida

Cuadro N 8 Puntuaciones alcanzadas por pacientes en el ítem de bienestar emocional de la escala Gencat.

Pacientes	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje
5	12	42%
4	7	33%
3	10	25%

Gráfico N° 8 Puntuaciones alcanzadas por pacientes en el ítem de bienestar emocional de la escala Gencat.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes a los que se aplicó el test de Gencat en el ítem de bienestar emocional, 42% puntuaron 12, 33% de encuestados puntuaron 10, y 25% puntuaron 7.

Tabulación de datos de los ítems de bienestar material de la escala Gencat para evaluar calidad de vida

Cuadro N° 9: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de bienestar material de la escala Gencat.

Pacientes.	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje.
2	18	17%
4	7	33%
2	10	17%
4	12	33%

Gráfico N° 9: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de bienestar material de la escala Gencat.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

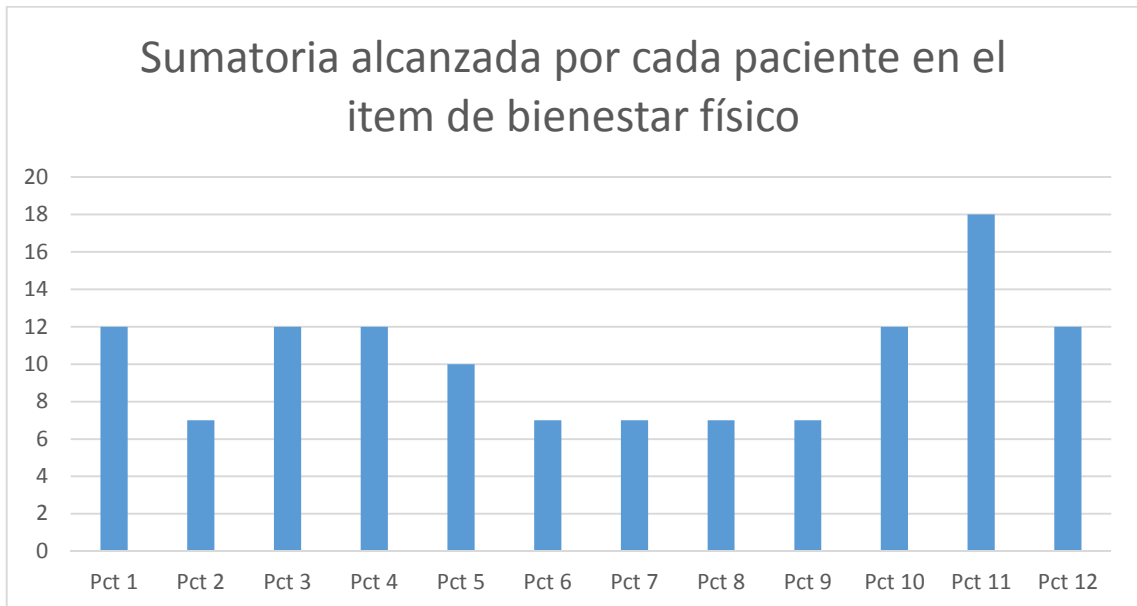
Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes a los que se aplicó el test de Gencat en el ítem de bienestar material, el 17% puntuaron 18, 33% sumaron 7, 17% sumaron 10 y 33% puntuaron 12.

Tabulación de datos de los ítems de bienestar físico de la escala Gencat para evaluar calidad de vida

Cuadro N° 10: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de bienestar físico de la escala Gencat.

Pacientes.	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje.
5	12	42%
5	7	42%
1	10	8%
1	18	8%

Gráfico N° 10: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de bienestar físico de la escala Gencat.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

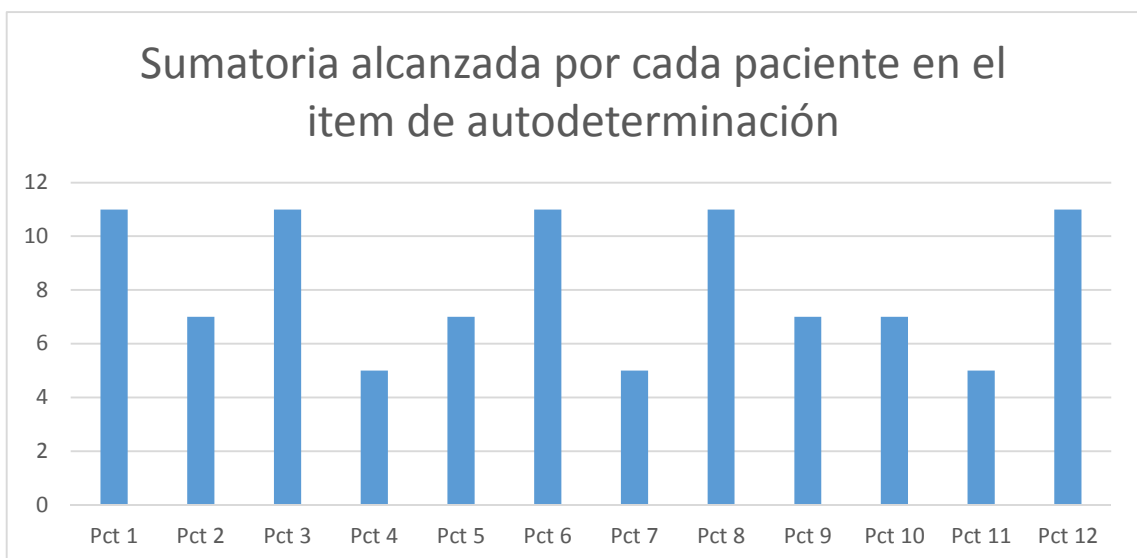
Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes a los que se aplicó el test de Gencat en el ítem de bienestar físico, 42% puntuaron 12, 8% puntuó 18, 42% sumaron 7, y el 8% restante sumó 10.

Tabulación de datos de los ítems de auto determinación de la escala Gencat para evaluar calidad de vida

Cuadro N° 11: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de auto determinación de la escala Gencat.

Pacientes.	Porcentaje alcanzado en el test.	Porcentaje.
5	11	42%
3	7	25%
4	5	33%

Gráfico N° 11: Puntuaciones alcanzadas por pacientes de los ítems de auto determinación de la escala Gencat.



Fuente: Pacientes que utilizan productos de apoyo.

Elaborado por: Richard José Macías Romero.

Análisis e Interpretación de Datos: De 12 pacientes a los que se aplicó el test de Gencat en el ítem de bienestar emocional, 42% puntuaron 11, 25% puntuaron 7, y 33% puntuaron 5.

4. PROPUESTA

Manual para uso y elección correctos de los productos de apoyo

Elaborar un manual para la capacitación de los pacientes y cuidadores es de vital importancia pues existe un gran déficit de conocimientos sobre el uso de los productos de apoyo, pautas para evitar riesgos al momento de deambular, el paciente debe tener en cuenta ciertas referencias al momento de escoger y de usar los productos de apoyo.

El objetivo de este manual será ofrecer información sobre la promoción de la autonomía personal que facilitan los productos de apoyo directamente relacionados con la deambulación en actividades de la vida diaria, facilitar la labor de valoración y orientación de las situaciones de dependencia, y contribuir a la mejora del sistema de protección de la autonomía y atención a las personas con dependencia. La realización de esta propuesta debe ejecutarse con la asesoría de un terapeuta ocupacional junto a el equipo multidisciplinario, al igual que las charlas que se brindarán, esto servirá para evitar la desinformación y el desconocimiento sobre los productos de apoyo. La importancia y necesidad de esta propuesta nace de la existencia de una población con deficiencias, en la cual no existen la correcta información sobre los productos de apoyos que amplíen sus conocimientos sobre el tema, teniendo en cuenta que los mismos aportan de manera significativa en los pacientes con movilidad limitada, brindándoles una mayor independencia y autonomía personal.

Resultados esperados de la propuesta

En esta investigación se ha comprobado que no existe la información completa sobre el uso y los beneficios de los productos de apoyo para mejorar la calidad de vida y el estado de ánimo del paciente.

Con la propuesta lo que se espera es que pacientes con movilidad limitada y sus cuidadores se beneficien con conocimientos para desarrollar al máximo sus capacidades, teniendo una mejor calidad de vida. Por otra parte, que sus familiares conozcan todos los beneficios y perjuicios que puede traer la mala utilización de un producto de apoyo y aprendan sobre el tema, ya que existe desconocimiento por parte de la población.

CONCLUSIONES

- Los productos de apoyo son beneficiosos para mejorar la calidad de vida, siempre y cuando se tenga en cuenta el uso correcto, pues ayudan a la autonomía de la deambulación y por lo tanto de actividades de la vida diaria, al inicio se experimentan diferentes sensaciones negativas en algunos casos.
- El material del que está fabricado el producto de apoyo puede influenciar en su uso pues para pacientes, su peso, regulación y estabilidad dependerá de los materiales que compongan el mismo. Además, hay un gran desconocimiento por parte del usuario sobre el correcto uso y la elección de un producto de apoyo adecuado para su necesidad, muchas veces por sugerencias erróneas y por un mal asesoramiento del personal.
- El estado de ánimo mejoró significativamente para los usuarios pues su deambulación fue autónoma y se sienten independientes, a esto sumarle que su calidad de vida mejoró brindándole dignidad al usuario
- Como conclusión una guía para la elección y el uso de los productos de apoyo modificarán de manera positiva la calidad de vida del paciente haciendo que este se sienta autosuficiente e independiente, el proceso de rehabilitación también incluye al cuidador a quien debemos tener en cuenta promoviendo el buen estado mental y anímico.

RECOMENDACIONES

- Una vez que se han conocido los beneficios que brindan los productos de apoyo, es importante que los profesionales que trabajan en el Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IEES de Manta hagan hincapié día a día sobre las pautas del correcto uso.
- Se recomienda a los cuidadores que se familiaricen con el tema y que guíen a la independencia, llevando un proceso de rehabilitación propicio y recíproco en todos los aspectos, para favorecer las capacidades motrices y autónomas del paciente.
- Se sugiere a las autoridades del Hospital General IEES de Manta, brindar charlas para informar a la población, sobre la importancia que tienen los productos de apoyo y la buena calidad de vida, ya que existen grupos de personas que desconocen lo que es y los beneficios que brinda las mismas.
- Una sugerencia importante es implementar mas terapeutas ocupacionales puesto que hay una gran demanda en el hospital, y el rol del terapeuta es de vital importancia en el proceso de rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

- Ardila, R. (1995). Psicología y calidad de vida. Innovación y Ciencia (Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia), 4 (3), 40-46.
- Ardila, Rubén, "Calidad de vida: una definición integradora". Revista Latinoamericana de Psicología 2003, 35
- Asamblea Constituyente (2008). "Constitución de la Republica del Ecuador". Visita 1 de octubre de 2013. Recuperado en:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Giler, Gustavo (2012). La gestión de la Cooperación Internacional y las Relaciones Internacionales de la Misión Solidaria Manuela Espejo. Quito: Vicepresidencia de la República del Ecuador.
- Organización mundial de la salud, concepto de salud. Recuperado en:
<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Pérez Bueno Luis Cayo ayudas técnicas y discapacidad (2005) comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI
- Porrero Miret, Cristina Rodríguez, discapacidad y calidad de vida, Madrid
- Poveda, R. et al. (2000). Manual del usuario de grúas de transferencia. Confederación Coordinadora Estatal de minusválidos Físicos de España.
- Poveda, R. et al. (2002). Cómo elegir tu silla de ruedas manual. Guía fácil. Instituto de Biomecánica de Valencia. Recuperado en:
http://www.ibv.org/es/libreria/catalogodepublicaciones/publicacion/show_product/94/86.html
- República del Ecuador (2008). "Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 Construyendo un Estado plurinacional e intercultural". Visita 20 de septiembre de 2013 en: <http://www.politicaeconomica.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Plan-nacional-del-buen-vivir-resumen.pdf>.

ANEXOS

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES QUE UTILIZAN PRODUCTOS DE
APOYO DEL AREA DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL IESS MANTA
UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”
TERAPIA OCUPACIONAL**

Marque con una X en las opciones en cada pregunta de acuerdo a su criterio

1. ¿Cree usted que es necesario el uso de los productos de apoyo?

Si ()

No ()

2. ¿Identifica las características de los productos de apoyo?

Si ()

No ()

3. ¿Cuánto cree usted que el material de fabricación del producto de apoyo influye en su uso?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

4. ¿Cuánto cree que el producto de apoyo influenciará en su estado de animo?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

5. ¿Cree que en el IESS se deben dar guías sobre la elección y el uso correcto de los productos de apoyo?

Si ()

No ()

ENTREVISTA
UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”
TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE:

FECHA:

1.- ¿Cómo evalúa la calidad de vida?

2.- ¿Ud. conoce sobre el correcto uso de los productos de apoyo para la deambulación?

3.- ¿Cómo saber que producto de apoyo es el correcto para cada patología?

4.- ¿Según su criterio para los pacientes del área de rehabilitación los productos de apoyo son beneficiosos o pueden perjudicar la calidad de vida?

5.- ¿Observa usted cambios cuando inicia la deambulación con productos de apoyo?

ANEXO N°3

Escala de Gencat.

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
SIMETRÍA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE

Ciencias Médicas



Manta, 11 de febrero de 2019

Lcda. Martha Cedeño Pazmiño. Mg

Jefa del área de rehabilitación del hospital general IESS Manta

De mis consideraciones.

Yo Richard José Macías Romero, con número de cedula de identidad 131479020-3, Estudiante Interno Terapia Ocupacional. Me dirigo a usted con un cordial saludo augurando que los días en sus labores sean satisfactorios, además para solicitar su aprobación para realizar encuestas, observaciones y aplicar tests a pacientes del área de terapia ocupacional, pues en mi proyecto de titulación "Productos de apoyo en la deambulacion y su impacto en la calidad de vida" tomé como referencia a pacientes que traté en mi tiempo de internado

Esperando se apruebe mi solicitud, desde ya le quedo muy agradecido por su tiempo y atención

Richard José Macías Romero

1314790203

De la forma de las encuestas

Martha Cedeño Pazmiño
Lcda. Martha Cedeño Pazmiño
Mg
Jefa del área de rehabilitación
del hospital general IESS Manta



Uleam

UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

ANEXO N°5
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Foto 1: Fortalecimiento de miembros inferiores.



Foto 2: Fortalecimiento de miembros superiores para autonomía en silla de ruedas



Foto 3: Juegos para fortalecer miembros superiores



Foto 4: Fortalecimiento de alcances