

Home care for people with motor disabilities in the canton of Santo Domingo, Ecuador

Atención domiciliaria para personas con discapacidad motora en el cantón Santo Domingo, Ecuador

Autores:

Mgs. Castillo-Castillo, Andrea Elizabeth
UNIVERSIDAD DE ZULIA
Doctorante, Licenciada en Enfermería
Magíster en Gerencia de Servicios de Salud
Magíster en Gestión e Innovación Educativa (e)
Santo Domingo – Ecuador



aecastillo55@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0001-9967-4317>

Dra. Mendoza-de Graterol, Eva
UNIVERSIDAD DE ZULIA
Docente, Licenciada en Enfermería
Especialista en Enfermería Crítica
Magíster en Gerencia de Recursos Humanos
Doctorado en Ciencias Gerenciales
Maracaibo – Venezuela



enfermeriadulto2@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-4190-9160>

Mgs. Arequipa-Mendoza, Stalin Fabián
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
Licenciado en Nutrición y Dietética
Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Salud Comunitaria
Santo Domingo – Ecuador



sarequipa1695@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0009-4614-2163>

Fechas de recepción: 02-Sep-2025 aceptación: 02-Oct-2025 publicación: 31-Dic-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

El objetivo del estudio fue analizar la situación actual sobre la atención integral domiciliaria en las personas con discapacidad motora atendidos en dos centros de salud del cantón Santo Domingo de los Tsáchilas para diseñar un modelo de atención domiciliaria. La metodología comprendió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de campo y corte transversal, con una muestra de 161 personas y la aplicación de cuatro instrumentos. Los resultados indicaron el predominio del sexo femenino (53,4%), la edad se concentró en 19–20 años (35,4%) y el grado de discapacidad de 50 a 74% fue superior con 46%. El 80,7% carecía de espacio exclusivo para el paciente con discapacidad y el 87,6% no contaba con rampas. El índice de Barthel mostró 95,5% de dependencia moderada, 3,4% total y 1,1% leve, con predominio de ayuda moderada en higiene y alimentación. El cuestionario MOS indicó que 46,0% tenía dos personas de confianza, el 32,3% algunas veces contaba con alguien para hablar, el 36,6% pocas veces tiene alguien que le ayude cuando debe estar en cama y el 37,3% alguien que le muestre afecto y amor. El cuestionario de atención domiciliaria reflejó que 53,4% no ha recibido atención domiciliaria de urgencia en el último año, 53,4% no recibe retroalimentación sobre el monitoreo de la atención y el 50,9% expresó que la atención domiciliaria no promueve la inclusión social. Se diseñó un modelo de atención domiciliaria basado en componentes médico y rehabilitador, psicosocial, educativo y de capacitación; y, de integración recreativa.

Palabras clave: Atención domiciliaria; discapacidad motora; modelo de atención; índice de Barthel; apoyo social



Abstract

The objective of the study was to analyze the current situation of comprehensive home care for people with motor disabilities treated in two health centers of the Santo Domingo de los Tsáchilas canton in order to design a home care model. The methodology comprised a quantitative approach, non-experimental, field-based, and cross-sectional design, with a sample of 161 individuals and the application of four instruments. The results indicated a predominance of females (53.4%); age was concentrated in 19–20 years (35.4%), and the degree of disability between 50 and 74% was highest at 46%. A total of 80.7% lacked an exclusive space for the patient with disability, and 87.6% did not have ramps. The Barthel Index showed 95.5% moderate dependence, 3.4% total, and 1.1% mild, with predominance of moderate assistance in hygiene and feeding. The MOS questionnaire indicated that 46.0% had two trusted persons, 32.3% sometimes had someone to talk to, 36.6% rarely had someone to assist them when bedridden, and 37.3% had someone to show affection and love. The home care questionnaire reflected that 53.4% had not received urgent home care in the last year, 53.4% did not receive feedback on monitoring, and 50.9% expressed that home care does not promote social inclusion. A home care model was designed based on medical and rehabilitative, psychosocial, educational and training, and recreational integration components.

Keywords: Home care; motor disability; care model; Barthel Index; social support



Introducción

La atención domiciliaria se refiere a la prestación de cuidados médicos y servicios de salud en el domicilio del paciente, sin requerir su traslado a una institución asistencial. Esta modalidad contempla el acompañamiento profesional, el desarrollo de planes terapéuticos bajo supervisión técnica y la vigilancia clínica, adaptados a las condiciones particulares del hogar (A. Martín et al., 2024). Este enfoque se ha contemplado como una forma de cuidado dirigida especialmente a quienes presentan restricciones funcionales, con énfasis en los casos que involucran movilidad reducida (Ruiz, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que 1,300 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, representando el 16% de la población mundial. Estas personas frecuentemente experimentan obstáculos estructurales que restringen su acceso a servicios médicos adecuados, como las dificultades asociadas al transporte o los costos asociados a la atención convencional (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En relación con los individuos que presentan discapacidad motora, las necesidades de cuidado requieren medidas constantes y adecuadas a sus condiciones específicas. Es así por lo que, la atención domiciliaria adquiere relevancia como una forma de cuidado que permite organizar un abordaje clínico integral, posibilitando la reducción de episodios de hospitalización y gastos derivados del tratamiento institucional (A. Martín et al., 2024).

En el ámbito europeo, el 27,1% de los adultos que presentan alguna discapacidad manifestó restricciones notorias para desempeñar sus actividades cotidianas (Matelionytė & Karanauskiene, 2024). En España, 262,732 estudiantes tienen una discapacidad, de los cuales, el 5,9% corresponde a la discapacidad motora (Gobierno de España, 2024). De igual forma, 94,000 personas con discapacidad tienen entre 16 a 24 años, predominando el sexo masculino; a esto se suma que a partir de los seis años, las dificultades asociadas al movimiento corporal se identifican como la condición más común dentro de las formas de discapacidad registrada (RTVE, 2022).

En la región de Latinoamérica, el 12% de los habitantes tiene una discapacidad, lo que equivale a aproximadamente 66 millones de personas (Organización Panamericana de la Salud, 2024). En el caso de México, se han identificado 8,8 millones de personas con discapacidad, predominando las mujeres con un 53,5% y los adultos de edad avanzada



(Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2024). En Colombia, las estadísticas reportan 1,76 millones de personas en esta situación, de las cuales el 31% manifiesta dificultades para moverse, caminar, subir o bajar escaleras, y el 13,6% presenta restricciones para utilizar las manos o sujetar objetos (Gobierno de Colombia, 2022).

En Ecuador se han registrado 487,546 personas con discapacidad hasta 2024, con mayor concentración en Guayas (23,95%), Pichincha (17,44%) y Manabí (10,09%). El sexo masculino representa 276,605 casos y la discapacidad física encabeza los registros con el 44,20%, seguida por la intelectual (23,27%). En Santo Domingo de los Tsáchilas se identificaron 13,644 personas con esta condición, predominando los hombres (57,76%) y la discapacidad física con 5,618 casos (46,21%), donde el grupo más afectado corresponde a mayores de 65 años (22,56%) (CONADIS, 2024).

Estas personas manifiestan obstáculos para acceder a servicios de salud que consideren sus condiciones específicas; asimismo, no cuentan con un modelo de atención domiciliaria que abarque de forma organizada los aspectos físicos, sociales, emocionales y de rehabilitación. La situación se agrava por obstáculos relacionados con la infraestructura, la ausencia de protocolos adecuados y la escasa disponibilidad de personal capacitado, restringiendo la participación social de este grupo vulnerable y exponiendo el requerimiento de contemplar una atención domiciliaria conforme a sus características particulares.

Es así como, el objetivo del presente artículo radica en analizar la situación actual sobre la atención integral domiciliaria en las personas con discapacidad motora atendidos en dos centros de salud del cantón Santo Domingo de los Tsáchilas para diseñar un modelo de atención domiciliaria.

Material y métodos

El enfoque del estudio es cuantitativo, con un diseño no experimental, de campo y corte transversal. A través de estos criterios se examina la situación actual de la atención domiciliaria dirigida a personas con discapacidad motora, tomando como unidad de análisis a los usuarios que son atendidos en dos centros de salud del cantón Santo Domingo de los Tsáchilas. De igual forma, se destaca que el estudio se efectúa sin manipular deliberadamente las variables, enfocándose en el registro y descripción de los hechos tal como se presentaron en el contexto real y en un único momento en el tiempo.



La población estuvo compuesta por 275 pacientes que tienen discapacidad física, de los cuales 161 fueron atendidos en el centro de salud Augusto Egas y 114 del centro de salud Los Rosales. Se aplicó un muestreo estratificado proporcional a fin de garantizar una representación equitativa de los pacientes según el centro de salud al que pertenecen; para el cálculo de la muestra se utilizó una fórmula cuyos parámetros fueron los siguientes: N era la población, Z el nivel de confianza que fue del 95% (1,96), a las probabilidades de éxito y fracaso (p - q) se atribuyeron el 50% y al nivel de error permisible (d) un 5%.

$$n = \frac{N \cdot Z_c^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot e^2 + Z_c^2 \cdot p \cdot q}$$

La muestra se conformó de 161 pacientes, donde, 94 fueron atendidos en el centro de salud Augusto Egas y 67 en el centro de salud Los Rosales. En cuanto a los criterios de inclusión, se consideran los pacientes de 19 a 24 años que han sido atendidos en los centros de salud previamente mencionados. Los criterios de exclusión fueron personas con otro tipo de discapacidad o que no presentan esta condición.

Tabla 1

Muestra estratificada

Centros	Población	Muestra
Centro de salud Augusto Egas	161	94
Centro de salud Los Rosales	114	67
Total de pacientes	275	161

Para la recolección de datos, se empleó cuatro instrumentos; el primero recoge información sociodemográfica que analiza datos como el sexo y edad del paciente, nivel educativo, grado de discapacidad, características de la vivienda donde reside el paciente e información socioeconómica (Ver anexo 1). El segundo instrumento alude al Índice de Barthel (IB) (Ayala & Tituaña, 2020), que permite determinar el grado de dependencia sobre 10 actividades diarias (Ver anexo 2).

El tercer instrumento (Ver anexo 3) es del apoyo social percibido (MOS) conformado por 20 ítems que posibilita conocer la frecuencia de apoyo que recibe el paciente (De La Revilla et al., 2005; De La Revilla & Bailón, 2014; Martín et al., 2019). El cuarto instrumento es el de atención integral domiciliaria (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014),



segmentado en tres dimensiones que analizan la situación actual de atención domiciliaria, el modelo de atención y los componentes del modelo mediante una escala dicotómica con opción de Sí y No (Ver anexo 4).

Para el procesamiento de la información, los datos se organizaron en una base en Microsoft Excel. A través de esta matriz, se elaboraron tablas y gráficos que muestran la distribución de las respuestas según frecuencias absolutas y porcentuales.

Resultados

Resultados de los factores sociodemográficos

A continuación, se presentan los resultados de los factores sociodemográficos de las personas con discapacidad motora que han sido atendidos en los centros de salud Augusto Egas y Los Rosales.

Tabla 2

Resultados de los factores sociodemográficos

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	86	53,4%
Masculino	75	46,6%
Total general	161	100,0%
Edad	Frecuencia	Porcentaje
19 – 20 años	57	35,4%
21 – 22 años	54	33,5%
23 – 24 años	50	31,1%
Total general	161	100,0%
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Posgrado	8	5,0%
Primaria	50	31,1%
Secundaria	73	45,3%
Técnico	16	9,9%
Universitario	14	8,7%
Total general	161	100,0%
Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
30% a 49%	72	44,7%
50% a 74%	74	46,0%
75% a 84%	7	4,3%



85% a 100%	8	5,0%
Total general	161	100,0%

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Casa/villa	134	83,2%
Cuarto/s en casa de inquilinato	8	5,0%
Departamento en casa o edificio	14	8,7%
Otra vivienda particular	2	1,2%
Rancho	3	1,9%
Total general	161	100,0%

Número de ambientes que tiene su vivienda	Frecuencia	Porcentaje
1 ambiente	9	5,6%
2 ambientes	92	57,1%
3 ambientes	46	28,6%
4 o más ambientes	14	8,7%
Total general	161	100,0%

Espacio exclusivo para el paciente con discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
No	130	80,7%
Si	31	19,3%
Total general	161	100,0%

Material del piso de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Cerámica, baldosa, vinil o porcelanato	50	31,1%
Duela, parquet, tablón o piso flotante	6	3,7%
Ladrillo o cemento	103	64,0%
Mármol o marmetón	2	1,2%
Total general	161	100,0%

Iluminación de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
No	22	13,7%
Si	139	86,3%
Total general	161	100,0%

Rampas o accesorios adecuados para el paciente	Frecuencia	Porcentaje
No	141	87,6%
Si	20	12,4%
Total general	161	100,0%

Pasamanos o barandas en los espacios de tránsito	Frecuencia	Porcentaje
No	140	87,0%
Si	21	13,0%



Total general	161	100,0%
---------------	-----	--------

Baño adaptado a las necesidades del paciente	Frecuencia	Porcentaje
No	133	82,6%
Si	28	17,4%
Total general	161	100,0%

Disposición de mobiliario adecuado	Frecuencia	Porcentaje
No	102	63,4%
Si	59	36,6%
Total general	161	100,0%

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	3,1%
Bajo	7	4,3%
Medio	149	92,5%
Total general	161	100,0%

Ventilación de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
No	22	13,7%
Si	139	86,3%
Total general	161	100,0%

La tabla 2 muestra una distribución equilibrada por sexo, con femenino en 53,4% y masculino en 46,6%. La edad se concentra en 19–20 años con 35,4%, seguida por 21–22 años con 33,5%; el nivel educativo alcanza 45,3% en secundaria y 31,1% en primaria, mientras que, el 92,5% mantienen un nivel socioeconómico medio. Por otro lado, el grado de discapacidad se ubica en 50–74% con 46,0%; en cuanto a las condiciones de la vivienda, predominan las casas o villas con 83,2%, dos ambientes con 57,1% y pisos de ladrillo o cemento en 64,0%. De igual forma, se observó ausencia de espacio exclusivo para el paciente con discapacidad en 80,7%; así también, la vivienda carece de rampas en 87,6% y de pasamanos en 87,0%, lo que evidencia condiciones preocupantes para la atención domiciliaria. Por otra parte, se identificó que el 13,7% de las viviendas no tienen una adecuada iluminación, ventilación (13,7%), ni disposición de mobiliario para facilitar las actividades diarias del paciente (63,4%), al igual que, el 82,6% no tiene un baño adaptado a las necesidades de la persona.

Resultados del índice de Barthel modificado



Tabla 3

Resultados del índice de Barthel modificado

Puntuación de Higiene personal	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%
1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	8	5,0%
3 Requiere ayuda moderada	69	42,9%
4 Requiere mínima ayuda	37	23,0%
5 Independiente total	39	24,2%
Total	161	100,0%

Puntuación de Bañarse	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%
1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	8	5,0%
3 Requiere ayuda moderada	71	44,1%
4 Requiere mínima ayuda	41	25,5%
5 Independiente total	33	20,5%
Total	161	100,0%

Puntuación de Alimentarse	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	19	11,8%
5 Requiere ayuda moderada	75	46,6%
8 Requiere mínima ayuda	30	18,6%
10 Independiente total	29	18,0%
Total	161	100,0%

Puntuación de Sanitario	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	33	20,5%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	32	19,9%
5 Requiere ayuda moderada	32	19,9%
8 Requiere mínima ayuda	32	19,9%
10 Independiente total	32	19,9%
Total	161	100,0%

Puntuación de Subir escaleras	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%



2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	71	44,1%
5 Requiere ayuda moderada	73	45,3%
8 Requiere mínima ayuda	8	5,0%
10 Independiente total	1	0,6%
Total	161	100,0%

Puntuación de Vestirse	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	7	4,3%
5 Requiere ayuda moderada	74	46,0%
8 Requiere mínima ayuda	71	44,1%
10 Independiente total	1	0,6%
Total	161	100,0%

Puntuación de Control intestinal	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	21	13,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	35	21,7%
5 Requiere ayuda moderada	32	19,9%
8 Requiere mínima ayuda	37	23,0%
10 Independiente total	36	22,4%
Total	161	100,0%

Puntuación de Control de la vejiga	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	33	20,5%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	34	21,1%
5 Requiere ayuda moderada	28	17,4%
8 Requiere mínima ayuda	36	22,4%
10 Independiente total	30	18,6%
Total	161	100,0%

Puntuación de Traslado a sillas/camas	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	7	4,3%
3 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	7	4,3%
8 Requiere ayuda moderada	53	32,9%
12 Requiere mínima ayuda	84	52,2%
15 Independiente total	10	6,2%



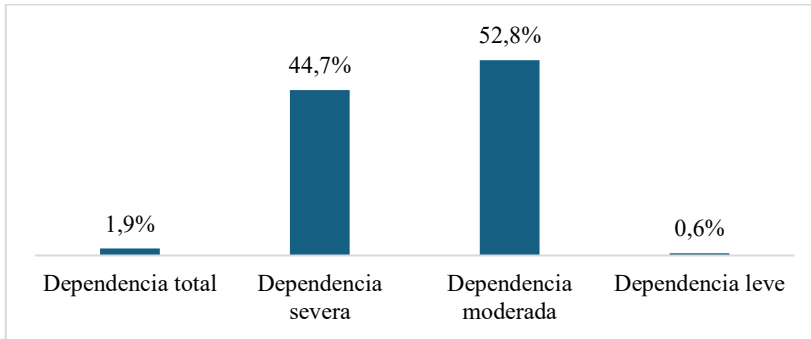
Total	161	100,0%
Puntuación de Ambulación o marcha	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	8	5,0%
3 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	22	13,7%
8 Requiere ayuda moderada	51	31,7%
12 Requiere mínima ayuda	80	49,7%
15 Independiente total Independiente total	0	0,0%
Total	161	100,0%
Puntuación de Silla de ruedas	Frecuencia	Porcentaje
0 Incapaz de realizar la tarea	9	5,6%
1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	39	24,2%
3 Requiere ayuda moderada	53	32,9%
4 Requiere mínima ayuda	21	13,0%
5 Independiente total	39	24,2%
Total	161	100,0%

La tabla 3 muestra que en el criterio de higiene personal, se registra 42,9% en ayuda moderada y 24,2% independiente total. Bañarse alcanza 44,1% en ayuda moderada y 25,5% en ayuda mínima; alimentarse concentra 46,6% en ayuda moderada; sanitario distribuye 20,5% incapaz y los cuatro grupos restantes en 19,9% cada uno. Subir escaleras presenta 45,3% en ayuda moderada, 44,1% intenta la tarea y 0,6% independiente total.

Por otro lado, vestirse reporta 46,0% en ayuda moderada y 44,1% en ayuda mínima; control intestinal se reparte entre ayuda mínima 23,0% e independiente total 22,4%. El control de la vejiga registra 21,1% intenta, 20,5% incapaz e independiente total 18,6%; el traslado a sillas o camas indica 52,2% en ayuda mínima; ambulación o marcha marca 49,7% en ayuda mínima e independiente total 0%. Estos porcentajes señalan barreras funcionales que requieren ajustes en el entorno y en el plan de cuidado.

Figura 1

Clasificación del índice de Barthel

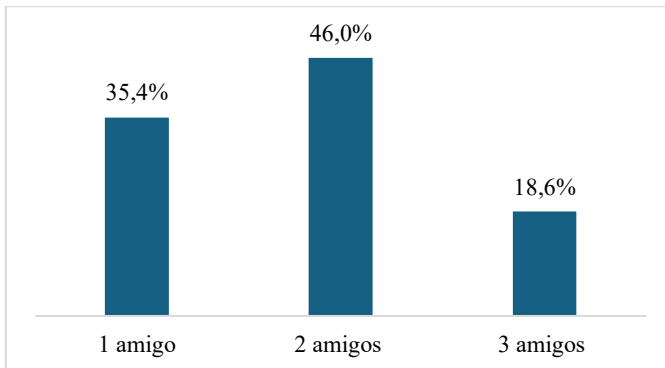


En la figura 1 se evidencia la predominancia de la dependencia moderada con 52,8%; mientras que, el 44,7% se ubicó en dependencia severa. Por otro lado, la dependencia total alcanza el 1,9% y la dependencia leve registra 0,6%. Esta distribución concentra la carga asistencial en niveles intermedios y severos, exponiendo un escenario crítico para la atención domiciliaria.

Resultados del cuestionario de apoyo social (MOS)

Figura 2

Amigos íntimos o familiares cercanos con los que cuenta el paciente



En la primera pregunta del cuestionario, el 46,0% indicó tener dos personas con quienes conversar con comodidad sobre cualquier tema, el 35,4% refirió una persona en esa condición y el 18,6% señaló tres amigos. Los resultados describen presencia de acompañamiento para gran parte del grupo, con una base de contactos acotada en número.

Tabla 4

Dimensión Apoyo social emocional/informacional

Dimensión Apoyo social emocional/informacional	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	0,0%	31,7%	32,3%	28,0%	8,1%
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	0,0%	32,3%	20,5%	26,7%	20,5%
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	0,0%	11,2%	52,8%	16,1%	19,9%
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	0,0%	12,4%	46,0%	21,1%	20,5%
Alguien cuyo consejo realmente desee	0,0%	11,2%	47,8%	28,0%	13,0%
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	0,0%	27,3%	36,0%	28,6%	8,1%
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	0,0%	13,0%	49,1%	27,3%	10,6%
Alguien que comprenda sus problemas	1,9%	28,0%	27,3%	29,2%	13,7%

La dimensión de apoyo social emocional e informacional muestra una red de confianza moderada; en la tabla 4 predomina algunas veces con 32,3% para contar con alguien al hablar. Aconsejar ante problemas alcanza 32,3% en pocas veces; informar y ayudar a entender una situación registra 52,8% en algunas veces; confiar y hablar de preocupaciones llega a 46,0% en algunas veces. Por otro lado, desear el consejo de alguien marca 47,8% en algunas veces; compartir temores sitúa 36,0% en algunas veces; aconsejar sobre problemas personales asciende a 49,1% en algunas veces; comprender los problemas obtiene 29,2% en la mayoría de las veces. Estos porcentajes reflejan disponibilidad intermitente con implicaciones para la atención domiciliaria.

Tabla 5

Dimensión apoyo instrumental

Dimensión apoyo instrumental	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	5,6%	36,6%	16,8%	20,5%	20,5%
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	3,1%	26,7%	13,7%	42,9%	13,7%
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	2,5%	38,5%	27,3%	18,0%	13,7%



Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1,9%	32,9%	16,8%	35,4%	13,0%
---	------	-------	-------	-------	-------

Acerca de la dimensión apoyo instrumental, en la tabla 5 se evidencia que, ayuda en cama se concentra en 36,6% en pocas veces; traslado al médico alcanza 42,9% en la mayoría de las veces; preparación de comida llega a 38,5% en pocas veces; apoyo en tareas domésticas registra 35,4% en la mayoría de las veces. Los valores altos en pocas veces para ayuda en cama y preparación de comida señalan puntos críticos para la atención domiciliaria.

Tabla 6

Dimensión interacción social positiva

Dimensión interacción social positiva	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien con quien pasar un buen rato	0,0%	31,7%	8,1%	36,6%	23,6%
Alguien con quien pueda relajarse	0,0%	24,8%	34,8%	39,8%	0,6%
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	0,0%	72,0%	15,5%	12,4%	0,0%
Alguien con quien divertirse	0,0%	50,9%	16,8%	31,7%	0,6%

En cuanto a la dimensión interacción social positiva, la tabla 6 muestra que pasar un buen rato alcanza 36,6% en la mayoría de las veces y 23,6% siempre. Relajarse registra 39,8% en la mayoría de las veces; olvidar problemas presenta 72,0% en pocas veces; y, divertirse marca 50,9% en pocas veces. Estos valores describen interacción recreativa mínima, con énfasis problemático en pocas veces para olvidar problemas y para divertirse.

Tabla 7

Dimensión apoyo afectivo

Dimensión apoyo afectivo	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien que le muestre amor y afecto	0,0%	37,3%	17,4%	28,6%	16,8%
Alguien que le abrace	0,0%	36,6%	26,1%	35,4%	1,9%
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	0,0%	37,3%	21,1%	41,6%	0,0%

Referente a la dimensión apoyo afectivo, la Tabla 7 muestra que recibir muestras de amor y afecto alcanza su mayor valor en pocas veces con 37,3%. Los abrazos presentan su punto más alto en pocas veces con 36,6%; contar con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido registra el máximo en la mayoría de las veces con 41,6%. Los niveles elevados en pocas veces para afecto y abrazos señalan un foco importante para la atención domiciliaria.



Resultados sobre la atención integral domiciliaria

Tabla 8

Situación actual de atención domiciliaria

Situación actual de atención domiciliaria	Sí	No
¿Recibe atención domiciliaria para controles periódicos?	54,0%	46,0%
¿Ha recibido hospitalización domiciliaria en los últimos 6 meses?	36,6%	63,4%
¿Ha recibido atención domiciliaria de urgencia en el último año?	46,6%	53,4%
¿Durante las visitas domiciliarias se evalúa su capacidad funcional?	54,0%	46,0%
¿Se realiza una valoración cognitiva como parte de las visitas domiciliarias?	47,2%	52,8%
¿Se evalúa la composición y dinámica de su familia en las visitas domiciliarias?	66,5%	33,5%

En la tabla 8, el 54% refiere controles periódicos a domicilio y el 54% indica evaluación de capacidad funcional. El 36,6% informa hospitalización domiciliaria en los últimos seis meses y el 46,6% reporta atención domiciliaria de urgencia en el último año. El 47,2% menciona valoración cognitiva en las visitas domiciliarias y el 66,5% describe revisión de composición familiar.

Tabla 9

Modelo de atención

Modelo de atención	Sí	No
¿Está informado sobre las normativas legales que sustentan las visitas domiciliarias?	52,2%	47,8%
¿Considera que las visitas domiciliarias están adecuadamente planificadas?	50,3%	49,7%
¿Considera que las visitas domiciliarias cumplen con los objetivos propuestos?	52,2%	47,8%
¿Recibe retroalimentación sobre el seguimiento o monitoreo de su atención domiciliaria?	46,6%	53,4%

En la tabla 9, el 52,2% declara estar informado sobre el marco legal de las visitas domiciliarias. El 50,3% considera que la planificación resulta adecuada; el 52,2% señala cumplimiento de objetivos y el 46,6% recibe retroalimentación sobre seguimiento.

Tabla 10

Componentes del modelo de atención integral domiciliaria

Componentes del modelo de atención integral domiciliaria	Sí	No
--	----	----



¿Se identifican claramente sus necesidades durante las visitas domiciliarias?	50,3%	49,7%
¿Las visitas domiciliarias se enfocan en mejorar su salud y bienestar físico?	48,4%	51,6%
¿Las visitas domiciliarias consideran sus relaciones interpersonales y su entorno social?	52,2%	47,8%
¿Siente que las visitas domiciliarias promueven su inclusión social?	49,1%	50,9%
¿La frecuencia de las visitas domiciliarias es suficiente para cubrir sus necesidades?	48,4%	51,6%
¿El tiempo dedicado a cada visita domiciliaria es adecuado para abordar sus necesidades?	47,8%	52,2%

En la tabla 10, el 50,3% indica identificación clara de requerimientos en las visitas, el 48,4% reporta foco en salud y bienestar físico. El 52,2% señala consideración de relaciones y entorno social; el 49,1% percibe apoyo a su integración social; el 48,4% afirma que la frecuencia de las visitas resulta suficiente y el 47,8% que el tiempo asignado por visita resulta adecuado.

Tabla 11

Tipo de apoyo que recibe con frecuencia el paciente en la visita domiciliaria

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Físico	27	16,8%
Social	27	16,8%
Ninguno	80	49,7%
Psicológico	27	16,8%
Total	161	100,0%

En la tabla 11 se identificó que el apoyo físico alcanza 16,8%, el apoyo social registra 16,8% y el apoyo psicológico suma 16,8%. Por otro lado, el 49,7% señaló no contar con ningún tipo de apoyo en dichas visitas. Este resultado refleja una atención insuficiente que reduce la calidad del servicio domiciliario.

Modelo de atención integral domiciliaria para personas de 19 a 24 años con discapacidad motora

El modelo de atención integral domiciliaria se organiza en cuatro componentes principales, cada uno orientado a un ámbito específico de cuidado. En el anexo 5 se evidencia por completo el modelo.

El componente médico y rehabilitador concentra sus acciones en el seguimiento clínico, la prevención de complicaciones y la promoción de la funcionalidad. Se incluyen valoraciones médicas mensuales para controlar condiciones asociadas, terapias físicas semanales adaptadas a cada paciente, control de medicamentos con cronogramas y recordatorios, así como medidas preventivas frente a úlceras por presión, infecciones respiratorias o urinarias. Este bloque establece rutinas claras de evaluación, fortalecimiento muscular, cuidados de la piel y prácticas de higiene para reducir riesgos.

El componente psicosocial se orienta al bienestar emocional y social; a través de visitas domiciliarias, un psicólogo realiza valoraciones de ansiedad, depresión y frustración, aplicando terapias de afrontamiento y técnicas de manejo emocional. Paralelamente, se proporciona apoyo social a las familias, mediante orientación en autocuidado, estrategias de comunicación y reducción de la sobrecarga, también, se promueven redes de apoyo informal entre cuidadores y pacientes con condiciones similares.

El componente educativo y de capacitación abarca la formación de cuidadores y beneficiarios. Los cuidadores reciben instrucción en primeros auxilios, movilización segura, higiene postural y cuidado de la piel. Los beneficiarios aprenden el uso correcto de dispositivos como sillas de ruedas, bastones o andadores, además del manejo de utensilios adaptados y sistemas posturales. También se enfatiza la conservación de estos equipos para garantizar seguridad y prolongar su vida útil.

El componente de integración recreativa integra actividades lúdicas y de terapia ocupacional con enfoque en la estimulación cognitiva y emocional. Se realizan juegos de mesa adaptados, lecturas guiadas y manualidades ergonómicas que fortalecen la creatividad y fomentan la autonomía. Estas actividades no solo estimulan capacidades cognitivas y motoras, sino que también promueven un ambiente de interacción positiva entre pacientes, familiares y profesionales de salud.

Discusión

La distribución etaria y la proporción por sexo describen un grupo juvenil con carga funcional intermedia y apoyos sociales intermitentes. El 49,7% registró ausencia de apoyo en visitas, mientras que la evaluación de capacidad funcional y los controles a domicilio alcanzaron 54%. En este marco, la clasificación del índice de Barthel concentró la dependencia en niveles moderados y severos, con proporciones mínimas de ayuda leve en actividades básicas. Este resultado coincide con reportes de calidad del cuidado domiciliario asociados a severidad de la discapacidad, competencia del cuidador y soporte social, donde la combinación de estos factores se relaciona con mejores puntajes funcionales y experiencias de cuidado más consistentes (Huang et al., 2020).

La literatura reciente aporta puntos de comparación útiles; en Corea, un estudio sobre atención primaria domiciliaria describió perfiles de usuarios con múltiples requerimientos clínicos y resaltó la importancia de seguimiento periódico y coordinación de equipos, aspectos que se alinean con el componente médico-rehabilitador del modelo local (Lee et al., 2024). En jóvenes con discapacidad de origen infantil, se documentaron patrones de uso de servicios que demandan continuidad y ajustes en transición a la vida adulta, un rasgo comparable con la franja 19–24 años analizada (Fergus et al., 2022).

En España, trabajos recientes sobre cuidados integrales del adulto con discapacidad motora señalan la importancia de organizar rutinas de fisioterapia, educación del cuidador y soporte emocional, elementos presentes en los cuatro componentes del modelo (Guamán & Mera, 2024). A nivel nacional, informes técnicos han señalado disparidades de oferta en rehabilitación y cuidados a domicilio, lo que contextualiza los porcentajes intermedios observados en planificación, retroalimentación y frecuencia de visitas (Secretaría Nacional de Planificación & Ministerio de Salud Pública, 2022).

Del análisis se reconoce que la integración de controles clínicos periódicos con sesiones de fisioterapia organizada refleja coherencia con el perfil funcional identificado en los usuarios y se encuentra respaldada por evidencias de diversos contextos sanitarios (Lee et al., 2024). Por otro lado, la heterogeneidad en el soporte social señala la conveniencia de reforzar el componente psicosocial y los programas de capacitación dirigidos a cuidadores, dado que la



literatura describe asociaciones directas entre apoyo constante y calidad de los cuidados recibidos (Huang et al., 2020). Asimismo, la programación de visitas requiere una planificación que considere tanto la frecuencia como la duración, respondiendo a las demandas expresadas por la población joven evaluada, con especial énfasis en mecanismos de monitoreo y procesos de retroalimentación continuos.

Conclusiones

El estudio permitió constatar que la atención domiciliaria dirigida a jóvenes con discapacidad motora presenta un perfil marcado por dependencia moderada en la mayoría de los usuarios, según los resultados del índice de Barthel. Este dato respalda la pertinencia del modelo propuesto, centrado en controles clínicos periódicos, fisioterapia organizada, acompañamiento psicosocial y educación para cuidadores.

El cuestionario MOS mostró disponibilidad de apoyo social en gran parte de los casos, aunque con registros de ausencia en cerca de la mitad de las visitas, lo que enfatiza la importancia del componente comunitario. En este sentido, los datos obtenidos confirmaron la utilidad de articular servicios clínicos con soporte familiar y redes de cuidado.

Por lo cual, se recomienda orientar esfuerzos hacia la implementación gradual del modelo en los centros de salud, garantizando continuidad en el monitoreo, coordinación interinstitucional y estrategias de difusión que permitan su adopción en la práctica asistencial.

Referencias bibliográficas

- Ayala, I., & Tituaña, K. (2020). Adaptación sociocultural del índice de Barthel modificado: Estudio etnográfico para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso - provincia de Cotopaxi. 2019 - 2020 [PUCE - Quito]. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/28997>
- CONADIS. (2024). Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- De La Revilla, L., & Bailón, E. (2014). El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. *Comunidad*, 16(1), 1-5.
- De La Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, L. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Familia (Andalucía)*, 6, 10-18.



- Fergus, K., Zambeli, A., Hampson, L., Copp, H., & Nagata, J. (2022). Health care utilization in young adults with childhood physical disabilities: A nationally representative prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03563-0>
- Gobierno de Colombia. (2022). Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/abr_2022_nota_estadistica_Estado%20actual_de_la_medicion_de_discapacidad_en%20Colombia_presentacion.pdf
- Gobierno de España. (2024). El alumnado con discapacidad matriculado en enseñanzas no universitarias en el curso 20222023 asciende a 262.732 personas. <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-APOYOS-EDUCATIVOS.pdf>
- Guamán, L., & Mera, V. (2024). Cuidados integrales en el adulto con discapacidad motora. *Anatomía Digital*, 7(2), 190-208. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i2.2.3025>
- Huang, W., He, B., Wang, Y., Ma, W., & Zhou, J. (2020). Disability Severity and Home-Based Care Quality in Older Adults: The Mediating Effects of Social Support and Caregiver Competence. *The Journal of Nursing Research*, 28(6). <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000405>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_PCD24.pdf
- Lee, S., Chu, H., & Kim, Y. (2024). Characteristics of Homebound and Patients with Disability Who Use Home-Based Primary Care in Korea: A Retrospective Study for 2018–2022. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6). <https://doi.org/10.3390/jcm13061604>
- Martín, A., Cano, J., & Gené, J. (2024). Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Elsevier Health Sciences.
- Martín, M., Cerquera, A., Fernández, M., Higueta, J., Galván, G., Guerrero, M., & Riquelme, A. (2019). Factorial structure of the MOS Social Support Survey among senior and elder Colombian population diagnosed with chronic pain. *Terapia psicológica*, 37(3), 211-224. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000300211>



- Matelionytė, K., & Karanauskiene, D. (2024). Experiences of People who Acquire Motor Disability, in Adapting to Internal and Environment Changes. *Baltic Journal of Sport and Health Sciences*, 4(123), 13-22. <https://doi.org/10.33607/bjshs.v4i123.1143>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Guía operativa del modelo de atención y gestión domiciliaria del buen vivir para el adulto mayor. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ATENCION-DOMICILIARIA.pdf>
- OMS & Organización Panamericana de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. <https://blogceapat.imserso.es/documents/20123/758113/435cif.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Discapacidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024, diciembre 19). Discapacidad—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- RTVE. (2022, abril 19). El perfil de los 4,38 millones de personas con discapacidad: Más mujeres, más de 55 años y con problemas de movilidad. RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20220419/encuesta-ine-discapacidad-dependencia/2333748.shtml>
- Ruiz, C. (2021). Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con Covid-19 en atención domiciliaria [Maestría, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo]. https://web.archive.org/web/20240915234224/http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB_UMICH/5653
- Secretaría Nacional de Planificación & Ministerio de Salud Pública. (2022). Evaluación de resultados del proyecto “Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud a Nivel Nacional” PAEV 2021-2022. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/03/SNP-MSP-informe-eval-resultados-proy-discapacidad-dic-2022.pdf?utm](https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/03/SNP-MSP-informe-eval-resultados-proy-discapacidad-dic-2022.pdf?utm)

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

Anexos

Anexo 1. Instrumento para la recolección de los factores sociodemográficos

Sexo

- ☐ Femenino
☐ Masculino

- ☐ Departamento en casa o edificio
☐ Cuarto/s en casa de inquilinato
☐ Mediagua
☐ Rancho
☐ Covacha
☐ Choza
☐ Otra vivienda particular

Edad

- ☐ 19 – 20 años
☐ 21 – 22 años
☐ 23 – 24 años

Nivel educativo

- ☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Técnico
☐ Universitario
☐ Posgrado

Número de ambientes que tiene su vivienda (sin contar baños)

- ☐ 1 ambiente
☐ 2 ambientes
☐ 3 ambientes
☐ 4 o más ambientes

Grado de discapacidad

- ☐ 30% a 49%
☐ 50% a 74%
☐ 75% a 84%
☐ 85% a 100%

¿Se dispone de un espacio exclusivo para el paciente con discapacidad motora?

- ☐ Sí
☐ No

Tipo de vivienda

- ☐ Casa/villa

Condiciones de habitabilidad

El piso de su vivienda es de material:



- ☐ Duela, parquet, tablón o piso flotante
- ☐ Cerámica, baldosa, vinil o porcelanato
- ☐ Mármol o marmetón
- ☐ Ladrillo o cemento
- ☐ Tabla sin tratar
- ☐ Caña sin tratar
- ☐ Tierra
- ☐ Otro material

¿La iluminación en la vivienda es adecuada?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿La ventilación en la vivienda es adecuada?

- ☐ Sí
- ☐ No

Adecuación para pacientes con discapacidad motora

¿Existen rampas o accesorios adecuados para el paciente con discapacidad motora?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuenta con pasamanos o barandas en los espacios de tránsito dentro de la vivienda?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿El baño de su vivienda está adaptado para las necesidades del paciente con discapacidad motora?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Se dispone de mobiliario adecuado para facilitar las actividades diarias del paciente (como cama o silla de ruedas accesible)?

- ☐ Sí
- ☐ No

Nivel socioeconómico

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Alto

Anexo 2. Índice de Barthel Modificado

INDICE DE BARTHEL

ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO.

Ayala y Tituaña. PUCE. 2020

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO/Versión original/Chile

Índice de Barthel Modificado adaptado al Ecuador (IBMaE) *	
Descripción de la actividad	
Puntuación	HIGIENE PERSONAL
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos. <i>[La persona necesita ayuda totalmente para: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba].</i>
1	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal. <i>[La persona puede completar una o dos de las actividades mencionadas más arriba. Generalmente, la persona que le ayuda debe hacer más esfuerzo que el adulto mayor en cada una de las actividades: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba].</i>
3	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal. <i>[La persona necesita ayuda para: lavarse una mano, hacer presión al lavarse los dientes, hacerse la barba, cortarse o arrancarse los vellos debajo del mentón, peinarse el cabello de la parte de atrás, recoger o trenzar el cabello y secarse una mano. Necesita que le digan que hacer o que le motiven a cada rato para completar las tareas].</i>
4	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación. <i>[Requiere poco apoyo para actividades que conlleven cierto riesgo para su seguridad, por ejemplo, al hacerse la barba al manipular la hoja de afeitar si la utiliza o usar las tijeras, pinzas, al manipular agua caliente].</i>

5	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. <i>[La persona puede realizar todas las tareas del aseo personal diario de forma independiente y segura. Incluye: peinarse, sujetar o trenzar el cabello. Limpiarse los dientes con cepillo dental o limpieza de dientes con otros objetos como utensilios metálicos, plásticos o madera para quitar los restos de comida de la boca. Hacerse la barba incluye: cortar, depilar o arrancarse los vellos de la cara con objetos como tijeras, monedas, pinzas, pellizcando, etc. Si el hombre es lampiño se puede omitir esta actividad].</i>
BAÑARSE	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Total dependencia al bañarse. <i>[La persona no puede bañarse o necesita ayuda totalmente para bañarse, o no puede secarse todas las partes del cuerpo].</i>
1	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse. <i>[La persona necesita ayuda e indicaciones para que se bañe. Es posible que sea capaz de lavarse el pecho y ambos brazos, el resto del cuerpo no puede bañarse].</i>
3	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc. <i>[La persona necesita ayuda para caminar de la habitación al lugar donde se encuentre la tina o ducha, o requerir ayuda para lavarse, fregarse o secarse el cuerpo].</i>
4	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina. <i>[Bañarse puede tomar mucho más tiempo de lo normal. La persona podría necesitar ayuda para preparar el baño o la tina, el agua, traer el jabón, trapo o esponja, etc. Es posible que sean necesarias algunas indicaciones o supervisión para caminar hacia la ducha, tina o tanque].</i>
5	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona. <i>[La persona es capaz de usar ducha, tina o tanque con agua, bañarse en el río, echarse con un recipiente agua fría o</i>

	<i>temperada sobre el cuerpo. Es posible que la persona utilice un pedazo de tela, trapo, esponja o fibra natural; alcanza a lavarse las piernas y los pies. La persona puede completar todos los pasos de manera independiente, aunque se demore más tiempo de lo normal. Tiempo para el baño considerado como normal 15 a 20 minutos].</i>
ALIMENTARSE	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. <i>[La persona solo mastica y traga la comida mientras un ayudante saca la comida a cucharadas y se lo da en boca. En el caso que requiera alimentarse por un tubo, sonda o manguera para comer, el ayudante debe poner el alimento, hacer la conexión, limpiarlo y regular el ritmo al que se alimenta por el tubo, sonda o manguera para comer].</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida. <i>[La persona puede llevarse la comida a la boca, pero un ayudante debe llenar la cuchara con comida].</i>
5	REQUIERE AYUDA MODERADA: Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de “preparación”. <i>[La persona utiliza la cuchara, la comida se la lleva a la boca y come o mastica. Puede necesitar ayuda para comer, beber o tomar líquidos, abrir frascos y/o cortar la carne o papa, pelar habas o desgranar choclos cocinados, mezclar máchica para llevárselos a la boca. Puede ser necesario estar junto a la persona para decirle qué hacer, cómo comer, verle o alentarle a lo largo de la comida, debido a que es posible que se atragante o que coma apurado].</i>
8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona. <i>[Comer lleva más tiempo de lo normal. Puede atragantarse o atorarse con la comida sólida o líquida; o puede necesitar alimentos en papilla o comida remojada, pero no es necesario más ayuda del cuidador o familiar].</i>
	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc. <i>[La persona puede utilizar la cuchara, una taza, un vaso, muy rara vez sorbete, abrir frascos, poner líquido en un recipiente y cortar la carne</i>

10	<i>sin riesgo. No necesita ayuda. La carne o alimentos duros en caso de no usar cuchillo pueden ser cortados con la misma cuchara. Puede poner sal, azúcar o ají a las comidas].</i>
SANITARIO	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario. <i>[La persona es dependiente en todos los aspectos del uso del baño o lugar donde habitualmente orinaba o defecaba].</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario. <i>[La persona necesita mucha ayuda para pasar de un lado a otro, arreglo de la ropa, uso del papel higiénico u otro material de limpieza (incluye agua, hojas, papel periódico) y el aseo de las partes íntimas (vagina y ano)].</i>
5	REQUIERE AYUDA MODERADA: Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos. <i>[Es posible que sea necesaria la supervisión y ayuda para caminar o mantener el equilibrio mientras la persona se lava las manos si habitualmente lo hacía, se ajusta la ropa, se sube o baja el cierre o el pantalón, la falda, pollera, anaco o prendas similares].</i>
8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo. <i>[Es posible que se necesite supervisión por seguridad, preparación inicial, como darle el papel higiénico u otro material de aseo. Puede usar una bacinilla o pato durante la noche. Es posible que sea necesario darle instrucciones y recomendaciones para encontrar el baño o dirigirse al lugar donde habitualmente realiza las excretas].</i>
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo. <i>[La persona afloja y retira su ropa antes de usar el baño o usar el área donde habitualmente realiza sus necesidades, se acerca, se sienta - se levanta de la taza del baño; o se coloca en cuclillas y se levanta, se limpia por delante o detrás, usa adecuadamente el papel higiénico o similar como papel periódico u hojas de árboles, se abrocha, sujeta o arregla la ropa correctamente. Mantiene el equilibrio y está seguro. Si la persona usa bacinilla debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo].</i>
SUBIR ESCALERAS	

0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede subir las escaleras. <i>[La persona no puede subir o bajar las gradas o veredas].</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar. <i>[La persona necesita apoyarse en alguien para subir las gradas o veredas, e incluso deben ayudarlo con el palo, bordón o bastón].</i>
5	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia. <i>[La persona puede subir y bajar las gradas o veredas, pero alguien debe ayudarlo a llevar el palo, bordón o bastón].</i>
8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc. <i>[La persona no necesita ayuda pero por momentos puede necesitar que lo vigilen por entumecimiento o endurecimiento de las rodillas, falta de aire, dificultad para coger el bordón, palo o bastón].</i>
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja. <i>[La persona puede subir y bajar las gradas, veredas o chambas con ayuda de bastón, palo o bordón].</i>
VESTIRSE	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad. <i>La persona puede inclinarse o hacerse hacia adelante, hacia atrás, apoyarse en los bordes o los lados de la cama, ponerse una manga o abrocharse o cerrar el cierre de la ropa, pero el ayudante viste completamente a la persona. Si la persona tiene puesta una bata, el puntaje es 0.</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta. <i>[La persona necesita mucha ayuda en la preparación de la ropa. Puede tener puesta una camiseta en la parte superior de su cuerpo y pasar los brazos por las mangas, pero el ayudante la lleva por encima de la cabeza. La persona puede pasar los brazos por los tirantes del sostén si usa, pero el cuidador le acomoda y abrocha los ganchos del sostén. La persona puede ayudar tirando o jalando de las piernas del pantalón, falda o anaco, pero el ayudante completa el arreglo de la ropa de las extremidades inferiores o piernas].</i>

5	5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. <i>[La persona necesita ayuda para conseguir la ropa, ayuda para utilizar los dispositivos como el calzador, velcro, etc., e iniciar y terminar de ponerse o quitarse la ropa de las extremidades inferiores y superiores (piernas y brazos)].</i>
8	8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. <i>Es posible que la persona necesite ayuda para prepararse, pero se viste y se desviste sola. El ayudante puede sacar la ropa del armario, baúl o caja y puede ayudar para abrochar los botones de la ropa, los cierres, el sostén, la faja, etc. Es posible que sea necesario alentar a la persona, decirle la secuencia de ponerse la ropa y, además, es posible que ponerle la ropa demore mucho más tiempo de lo normal.</i>
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado. <i>[La persona puede buscar, escoger, ponerse, sacarse la ropa. La persona se pone la ropa interior (calzón, calzoncillo, sostén si habitualmente los usa), pantalones, faldas, cinturón, fajas, medias, cordones de los zapatos, colocarse las alpargatas, ponerse las botas de caucho. La persona se pone las prendas de cuello alto, los cierres, los botones, los broches, el reboso, el chal, el prendedor o imperdible. Se pone el sombrero o gorra. Puede usar dispositivos de cierre adaptados como velcro y tiradores de cierres, calzador o similar para colocar los zapatos].</i>
CONTROL INTESTINAL	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad. <i>La persona puede inclinarse o hacerse hacia adelante, hacia atrás, apoyarse en los bordes o los lados de la cama, ponerse una manga o abrocharse o cerrar el cierre de la ropa, pero el ayudante viste completamente a la persona. Si la persona tiene puesta una bata, el puntaje es 0.</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal. <i>[A pesar de la ayuda, es posible que la persona se ensucie frecuentemente.</i>
	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc. <i>[La persona puede colocarse en la</i>

5	<i>posición adecuada, pero a veces se le escapa el popó, necesita ayuda para limpiarse y/o colocarse los pañales, paños o toallas absorbentes].</i>
8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales. <i>[Los escapes involuntarios o sin querer de popó son escasos y es posible que se necesiten indicaciones, recomendaciones y cumplimiento de horarios para que no se escape el popó. Es posible que la persona necesite supervisión con el uso de supositorios, enemas/lavados o un dispositivo externo, según la indicación médica].</i>
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario. <i>[La persona contiene por completo o no se le escapan las heces o popó. En el caso de estreñimiento o que “se detenga el popó” toma infusiones, frutas o algún medicamento que ayuden a desocupar la caca o popó. El uso de ablandadores fecales como supositorios o calas, purgantes, jarabes, enemas o lavados no son comunes, pero de requerirse la persona los debe usar de manera independiente].</i>
CONTROL DE LA VEJIGA	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje. <i>[A la persona se le escapa la orina o le vence el meado todos los días, de día y de noche. Puede usar una sonda permanente pero el cuidador debe arreglar la manguera y la funda recolectora de orina].</i>
2	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo. <i>[La persona necesita que lo lleven al baño, le coloquen frente a la taza del baño o le acerquen la bacinilla, puede sostenerla correctamente. En caso de usar sonda y bolsa recolectora de orina, el familiar o cuidador tiene que ayudarlo con la sonda y funda recolectora. Se le escapa la orina, pero puede ayudar a colocar la sonda].</i>
5	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos. <i>[La persona orina sola, pero necesita ayuda para acomodarse en la taza del baño. Puede colocar el pene o la parte íntima del hombre en la bacinilla, mantener las piernas separadas, ponerse la sonda o manguera para orinar, pero a veces se mea u orina sobre todo en la noche. Es posible que la persona necesite recordatorios, indicaciones y supervisión para que vaya al baño].</i>

8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos. <i>[Si la persona no puede llegar rápido al baño es posible que se orine, mee o pisha en la ropa interior y resto de ropa. Es posible que necesite medicamentos para que pueda orinar o no se detenga el meado. La persona puede necesitar que le digan cómo y a qué momento ir al baño para que no se orine].</i>
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos.
TRASLADO A SILLAS/CAMAS	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico. <i>[La persona no puede pasar de la silla a la cama sola, o viceversa y requiere la ayuda de dos personas].</i>
3	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado. <i>[La persona necesita mucha ayuda del ayudante para pasar de la silla a la cama y viceversa en todo momento].</i>
8	REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado. <i>[La persona necesita ayuda moderada del cuidador para pasar de la silla a la cama en cualquier momento al realizar esta actividad].</i>
12	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad. <i>[La persona necesita poca ayuda para pasar de la silla a la cama como la supervisión del ayudante para realizar la actividad].</i>
	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad. <i>[La persona logra ponerse de pie sin ayuda. Si la persona puede caminar se acerca, se sienta y se pone de pie desde una silla común, se traslada desde la cama a la silla de manera segura, puede acercarse, entrar y salir de una ducha, bañera o tina. Si usa silla de ruedas la persona debe poner los frenos, levantar el apoyo pies,</i>

15	<i>moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en un lado de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y pasarse nuevamente de manera segura. Es posible que la persona demore más tiempo en realizar las tareas, pero menos de tres veces el tiempo normal. Tiempo aproximado para pasarse de la cama a la silla 30 segundos].</i>
AMBULACIÓN O MARCHA **	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación. <i>[La persona no puede caminar o intentar caminar no es seguro].</i>
3	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación. <i>[La persona necesita mucha y continua ayuda de una o dos personas para caminar].</i>
8	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia. <i>[La persona necesita un ayudante para alcanzar sus dispositivos de apoyo para caminar (bordón, bastón o palo) y para darle más estabilidad al doblar en las esquinas, en los umbrales o arcos y en terrenos más duros o irregulares, pero puede caminar].</i>
12	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas. <i>[La persona puede caminar pero no caminar sola más de 50 metros, puede necesitar recomendaciones e indicaciones y demora más de lo normal para completar las distancias].</i>
15	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión. <i>[La persona camina sola. La persona camina ida y vuelta más de 50 metros con o sin apoyo en bastón, bordón o palo. No hay preocupación o miedo por su seguridad o caídas al caminar solo. El paciente es independiente con andador, bastón, prótesis, órtesis, zapato especial].</i>
SILLA DE RUEDAS (No válido si el paciente puede ambular)	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación en silla de ruedas. <i>[La persona no puede manejar la silla de ruedas. El ayudante debe empujar la silla de ruedas todo el tiempo].</i>

1	INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas. <i>[Un ayudante debe empujar la silla de ruedas la mayor parte del tiempo, tiene que poner los frenos, ajustar los apoyabrazos, la almohada. El cuidador debe mover la silla de ruedas entre los muebles, alfombras sueltas y terrenos más duros]. apoyabrazos, la almohada.</i>
3	REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc. <i>[La persona puede moverse en la silla de ruedas, pero necesita ayuda manejar la silla hacia adentro y alrededor de los muebles y en espacios estrechos].</i>
4	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas. <i>[Es posible que la persona necesite que le digan cómo mover la silla y puede necesitar ayuda para moverse en espacios estrechos].</i>
5	INDEPENDIENTE TOTAL: Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m. <i>[La persona mueve la silla de ruedas por sí sola, debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta y moverse en la silla hacia una mesa, cama baño, etc. La persona debe moverse en la silla de ruedas por lo menos 50 metros].</i>

* Tomado de ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO. Ayala y Tituaña. PUCE. 2020.

Anexo 3. Cuestionario De Apoyo Social (MOS)

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

Revilla Ahumada de la, Luna del Castillo, Bailón Muñoz, Medina Moruno, 2005

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--



La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?) Marque con un círculo uno de los números de cada fila

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6	Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7	Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10	Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
11	Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13	Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18	Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19	Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

* Tomado de: Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. “Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria”. Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005

Anexo 4. Cuestionario sobre la atención integral domiciliaria

SITUACIÓN ACTUAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Preguntas	Sí	No
¿Recibe atención domiciliaria para controles periódicos?		
¿Ha recibido hospitalización domiciliaria en los últimos 6 meses?		
¿Ha recibido atención domiciliaria de urgencia en el último año?		
¿Durante las visitas domiciliarias se evalúa su capacidad funcional?		
¿Se realiza una valoración cognitiva como parte de las visitas domiciliarias?		
¿Se evalúa la composición y dinámica de su familia en las visitas domiciliarias?		

MODELO DE ATENCIÓN

Preguntas	Sí	No
¿Está informado sobre las normativas legales que sustentan las visitas domiciliarias?		
¿Considera que las visitas domiciliarias están adecuadamente planificadas?		
¿Considera que las visitas domiciliarias cumplen con los objetivos propuestos?		
¿Recibe retroalimentación sobre el seguimiento o monitoreo de su atención domiciliaria?		

COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Preguntas				Sí	No
¿Se identifican claramente sus necesidades durante las visitas domiciliarias?					
¿Las visitas domiciliarias se enfocan en mejorar su salud y bienestar físico?					
¿Las visitas domiciliarias consideran sus relaciones interpersonales y su entorno social?					
¿Siente que las visitas domiciliarias promueven su inclusión social?					
¿La frecuencia de las visitas domiciliarias es suficiente para cubrir sus necesidades?					
¿El tiempo dedicado a cada visita domiciliaria es adecuado para abordar sus necesidades?					
¿Qué tipo de apoyo recibe más frecuentemente en las visitas domiciliarias?	Físico	Psicológico	Social	Ninguno	

Anexo 5.

Modelo de atención integral domiciliaria para personas de 19 a 24 años con discapacidad motora



Introducción

La discapacidad motora es una afección que incide en la facultad de desplazamiento y coordinación de un individuo, originada por trastornos en el sistema nervioso-muscular, el aparato osteoarticular o debido a anomalías congénitas o adquiridas. Para la Organización Mundial de la Salud (2023) y la OPS (2001), esta condición puede presentarse con distintos niveles de severidad, desde restricciones leves en la movilidad hasta una dependencia absoluta para ejecutar actividades cotidianas.

En las personas de 19 a 24 años, la discapacidad motora puede repercutir considerablemente en múltiples ámbitos de la vida, tales como la formación académica, la autonomía funcional, el ámbito laboral y la integración social. A esto se suman los obstáculos físicos y las actitudes discriminatorias que restringen el acceso a oportunidades equitativas, subrayando la importancia de implementar modelos de atención holísticos ajustados a sus requerimientos. En consecuencia, las personas con discapacidad motora requieren un enfoque de atención integral que les garantice acceso a servicios de salud, rehabilitación y bienestar psicosocial en su entorno domiciliario. Es por esto por lo que, el modelo de atención integral domiciliaria por desarrollar busca ofrecer un plan estructurado para mejorar la calidad de vida, la autonomía y la participación social de estas personas. El modelo contribuirá a la reducción de la dependencia de los sistemas hospitalarios, favorecerá la participación social e inclusión, reducirá las barreras para la rehabilitación y acceso a la salud, mejorará el bienestar emocional y la calidad de vida.

Objetivo general del modelo

Implementar un modelo de atención integral domiciliaria con la finalidad de mejorar la salud, inclusión social y funcionalidad de las personas de 19 a 24 años con discapacidad motora en el cantón Santo Domingo de los Tsáchilas.

Principios fundamentales del modelo

Los principios que guían el desarrollo del modelo de atención integral domiciliaria son los siguientes:



- Autonomía y participación: Promueve la independencia según las capacidades de las personas.
- Accesibilidad: Entrega de una atención de calidad en los hogares para eludir las barreras de movilidad.
- Interdisciplinariedad: Equipo de trabajo conformado por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, cuidadores, entre otros.
- Enfoque familiar y comunitario: Participación de la familia y comunidad en el proceso de asistencia.

Componentes del modelo de atención integral domiciliaria

Componente médico y rehabilitador

El componente en cuestión se orienta a asegurar la estabilidad clínica y la operatividad funcional de las personas con discapacidad motora mediante una atención domiciliaria organizada. En este sentido, la intervención comprende un seguimiento médico ininterrumpido, terapias de rehabilitación individualizadas y estrategias destinadas a prevenir complicaciones posteriores, con el objetivo de elevar la calidad de vida de los beneficiarios y evitar el deterioro de la condición sanitaria de los usuarios.

Valoración médica periódica para el control de patologías asociadas.

Las personas con discapacidad motora tienden a manifestar condiciones asociadas tales como espasticidad, infecciones urinarias recurrentes, osteoporosis, alteraciones metabólicas o dificultades respiratorias. En consecuencia, la vigilancia médica periódica posibilita identificar de manera temprana cualquier variación en el estado de salud y adaptar las terapias según los cambios detectados.

En consecuencia, se programarán visitas médicas domiciliarias de forma mensual conforme la condición del paciente. Los responsables de esta actividad serán el médico general y especialistas si el caso lo amerita, tales como neurólogos, internistas o fisiatra. Cada consulta es documentada en la historia clínica del paciente de forma digital, adoptando reportes periódicos para el ajuste del tratamiento. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Desarrollo de examen físico completo



- Valoración de signos de sobrepeso o desnutrición a través de una evaluación antropométrica
- Verificación de parámetros vitales como saturación de oxígeno (SpO2), frecuencia cardíaca (FC) y presión arterial (PA)
- Análisis de signos de deterioro muscular y movilidad
- Valoración de la función respiratoria en personas con movilidad reducida
- Reconocimiento de signos de infección respiratoria y urinaria
- Detección temprana de alteraciones de sueño o bienestar mental

Terapias de rehabilitación física adaptadas a las necesidades individuales.

Las personas con discapacidad motora requieren terapias personalizadas a fin de fortalecer los músculos, mejorar la postura, evitar la atrofia y rigidez articular, mismas que deben adecuarse al grado de discapacidad de cada paciente. En consecuencia, se programarán sesiones de terapia física una vez a la semana en el domicilio, contemplando como responsable principal al fisioterapeuta, quien llevará a cabo valoraciones funcionales cada trimestre para evaluar el progreso. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Desarrollo de ejercicios para el fortalecimiento muscular y prevención de la pérdida de masa muscular y mejora de la movilidad de las extremidades.
- Desarrollo de técnicas de movilización activa y pasiva para mejorar la circulación y evitar contracturas.
- Realizar ejercicios de terapia postural para corregir la postura y prevenir escoliosis o deformidades óseas.
- Uso de dispositivos de asistencia como férulas u órtesis, bandas elásticas para el desarrollo de los ejercicios, pelotas terapéuticas, barras de apoyo o esponjas de agarre.

Administración y control de medicamentos

Existen pacientes que necesitan medicación para el manejo del dolor, ansiedad, infecciones, entre otras condiciones. Es por esto que el seguimiento y la adecuada administración son elementos importantes para eludir efectos adversos y garantizar la adherencia al tratamiento. En este ámbito, la supervisión la efectuará diariamente los cuidadores capacitados, mientras

que los médicos o enfermeros responsables llevarán a cabo una revisión médica mensual. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Elaborar cronograma de medicamentos con el horario respectivo
 - Uso de aplicaciones móviles o empleo de recordatorios electrónicos para la adherencia del tratamiento
 - Capacitación a los cuidadores del paciente sobre la administración adecuada de los medicamentos
 - Monitoreo de los efectos secundarios de los medicamentos y ajuste de las dosis según la evolución del paciente
- Manejo y prevención de complicaciones

Las personas que presentan una movilidad reducida son propensas a manifestar graves complicaciones como úlceras por presión, espasticidad severa e infecciones urinarias y respiratorias, cuya prevención es clave para eludir hospitalizaciones. Para esto se contempla el monitoreo diario por parte de los cuidadores y una revisión médica semanal por parte de los enfermeros. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Tratamiento y prevención de úlceras por presión, considerando cambios de postura, cuidado e hidratación de la piel y valoración semanal de la piel para la detección temprana de heridas o enrojecimiento
- Prevención de infecciones urinarias mediante la higiene adecuada, control sobre la ingesta de líquidos, administración de medicamentos si corresponde.
- Prevención de infecciones respiratorias a través de terapias.

Componente psicosocial

A través de este componente se busca reforzar el bienestar social, psicológico y emocional de las personas con discapacidad motora y sus familiares, considerando como objetivo principal la mejora del autoestima mediante la atención psicológica y el apoyo social a la familia.

Atención psicológica.



El objetivo de esta actividad es otorgar apoyo psicológico a las personas con discapacidad para mejorar su bienestar emocional, promover su independencia y favorecer su adaptación. Para esto, un psicólogo efectuará una valoración para reconocer el nivel de depresión, ansiedad o frustración en la persona, y ejecutar terapias centradas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, refuerzo del autoestima y manejo de la frustración. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Coordinación de la atención psicológica con el profesional disponible a través de visitas programadas en el hogar
- Capacitación a familiares o cuidadores sobre estrategias básicas de apoyo emocional

Apoyo social a la familia.

El objetivo de esta actividad es proporcionar herramientas a los familiares o cuidadores para la mejora de la capacidad de cuidado y disminuir la carga emocional que conlleva el acompañamiento de una persona con discapacidad motora. Para esto, el equipo de salud durante las visitas domiciliarias otorgará educación acerca de técnicas de manejo del estrés, estrategias de comunicación efectiva con la persona con discapacidad, sistema de apoyo mediante las visitas domiciliarias, seguimiento telefónico y material educativos. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Coordinación de las visitas domiciliarias, que integrará un espacio para orientar a la familia sobre el autocuidado y la salud mental
- Aplicación de encuestas sobre bienestar a los familiares o cuidadores cada semestre
- Generación de redes de apoyo de carácter informal entre familias con una situación similar a través de grupos de WhatsApp.

Componente educativo y de capacitación

A través de este componente se busca otorgar formación tanto a las persona con discapacidad motriz como a los cuidadores a fin de mejorar su autonomía y calidad de vida, enfocándose en la instrucción de técnicas de cuidado y el manejo de recursos disponibles.

Formación para cuidadores en técnicas de primeros auxilios, movilización e higiene postural



La finalidad de esta actividad implica capacitar a los familiares o cuidadores sobre las prácticas efectivas y seguras en el manejo de las personas con discapacidad, minimizando la presencia de lesiones en el cuidador y paciente. Dichas capacitaciones se efectuarán durante las visitas domiciliarias por parte de un fisioterapeuta o enfermero. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Capacitación en movilización segura del paciente dirigida al cuidador.
- Formación en higiene postural y cuidado de la piel.
- Capacitación básica en primeros auxilios domiciliarios.

Capacitación a los beneficiarios en el uso de dispositivos de asistencia.

A través de esta actividad, se enseñará a las personas con discapacidad motora sobre el adecuado uso de los dispositivos que facilitarán su autonomía y movilidad en la vida diaria, capacitación que se efectuará en el hogar mediante visitas programadas por parte del equipo de salud, considerando videos cortos y soporte técnico empleando llamadas para la resolución de dudas. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Capacitación acerca del empleo de los dispositivos de asistencia como el correcto uso de los bastones (técnicas de marcha segura, ajuste de altura y apoyo adecuado), sillas de rueda (seguridad en escalones o rampas, maniobras en áreas reducidas y técnicas de autopropulsión), andadores (uso en superficies diversas, tipos de andadores y mantenimiento) y muletas (desplazamiento eficiente, prevención de caídas y distribución del peso).
- Uso y adaptación de utensilios para el desarrollo de actividades de la vida diaria (AVD), como los cubiertos con mango angulado o engrosado para la mejora de la alimentación sin la presencia de asistencia, peines y cepillos de dientes con un mango largo para una mayor independencia en la higiene personal, sujetadores de ropa y calzadores de mango largo para vestirse sin la ayuda externa.
- Formación en el empleo de sistemas de soporte postural y cojines para prevenir complicaciones vinculadas con la falta de movilidad, como los cojines antiescaras (correcto posicionamiento en las camas o sillas de ruedas), posicionadores y respaldo ergonómico (ajuste de la postura para prevenir deformidades articulares o



contracturas musculares), soportes ortésicos o férulas (adecuado uso para la mejora de la funcionabilidad y estabilidad del paciente)

- Cuidado y mantenimiento de los dispositivos de asistencia, considerando la formación sobre la limpieza y almacenamiento de los mismos para extender su vida útil y resguardar su seguridad considerando la revisión de los frenos, cojines y frenos de las sillas de ruedas, limpieza de los soportes ortésicos y férulas para prevenir infecciones y reemplazo de las piezas desgastadas en andadores y bastones.

Componente de integración recreativa

Este componente tiene como propósito impulsar el bienestar emocional, autonomía de las personas con discapacidad motora y la estimulación cognitiva en el entorno domiciliario. Cabe mencionar que las actividades contempladas coadyuvará a la mejora de calidad de vida de los pacientes y a fortalecer su autoestima, además, de promover la participación activa de los familiares o cuidadores en el desarrollo de las mismas.

Actividades de estimulación lúdica y cognitiva

A través de estas actividades se busca promover el desarrollo de las capacidades emocionales y cognitivas de los pacientes con discapacidad motora, mediante actividades lúdicas y juegos adaptados a su situación. Esto será implementado conforme las visitas domiciliarias programadas bajo la responsabilidad del equipo interdisciplinario y con la ayuda de los familiares o cuidadores. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Desarrollo de juegos de mesa adaptados, como ajedrez empleando piezas imantadas, dominó con fichas grandes o cartas que tengan los números más amplios.
- Lectura en voz alta o asistida por el familiar, cuidador o voluntario, impulsando la conversación acerca del contenido.

Terapia ocupacional recreativa

El objetivo de esta actividad implica promover el bienestar emocional y la autonomía del paciente mediante actividades recreativas que estimulen las habilidades cognitivas y motoras de las personas con discapacidad motora. Esto será implementado a través de las visitas domiciliarias bajo la responsabilidad del fisioterapeuta y los familiares o cuidadores, donde



estos últimos serán capacitados para mantener la continuidad de las actividades de forma diaria. Los procedimientos por seguir serán los siguientes:

- Adoptar manualidades conforme la movilidad del paciente, empleando recursos como pinceles gruesos, esponjas, bordados con marcos de sujeción o modelado con arcilla suave.
- Fomentar la personalización de objetos, tales como la decoración de sillas de ruedas, bastones, cojines ortopédicos, entre otros, para fomentar su creatividad.

Cronograma de actividades y responsables

El modelo de atención integral domiciliaria para personas con discapacidad motora estuvo conformado por 10 acciones estratégica, cuyo objetivo fue mejorar el bienestar, funcionalidad y calidad de vida de estas personas. Este modelo fue aplicado durante un período de cuatro meses, desde enero hasta abril del año 2025; en la siguiente tabla se evidencia la acción respectiva, el responsable, la frecuencia, la duración por visita, el contenido o saber de cada acción y su respectivo detalle. Luego de los cuatro meses, se evaluó nuevamente a los pacientes para reconocer el después que generó el modelo.

Cronograma de actividades y responsables

Acción	Responsable	Frecuencia	Duración por visita	Contenido o saber	Detalle
1. Valoración médica domiciliaria	Médico general / Neurólogo (según necesidad)	Una vez al mes	60 minutos	- Examen físico completo (15 min)	Cabeza, cuello, torso anterior, torso posterior
				- Medición de signos vitales y antropometría (10 min)	Peso, IMC, perímetro abdominal, PA, FC –
				- Evaluación respiratoria básica (5 min)	Frecuencia respiratoria, inspección torácica, auscultación, uso de músculos accesorios
				- Revisión de piel, espasticidad y movilidad (10 min)	Búsqueda de zona eritematosa, úlcera por presión, humedad, temperatura, aplicación de la Escala de Ashworth Modificada, medición de rango de movimiento.

				- Detección de infecciones urinarias/respiratorias (10 min)	Interrogatorio al cuidador o paciente, observación clínica
				- Preguntas sobre patrón de sueño, estado de ánimo, fatiga, ansiedad (5 min)	Interrogatorio al cuidador o paciente
				- Revisión y ajuste de plan terapéutico y medicamentos (5 min)	Cambios de medicación, prácticas de cuidado, educación sanitaria
2. Sesión de fisioterapia	Fisioterapeuta	1 vez por semana realiza la visita el fisioterapeuta (El paciente/cuidador deberá seguir la rutina los demás días)	45 minutos	- Ejercicios de fortalecimiento muscular (10 min)	Trabajo del tren superior e inferior con pesas livianas, bandas elásticas o resistencia manual. Se incluye progresión de cargas según tolerancia.
				- Movilización activa/pasiva (10 min)	Movimiento asistido de rodillas, caderas, codos, hombros, tobillos y cambio de posturas.
				- Terapia postural (5 min)	Valoración y ajuste de posturas en sillas o camas, empleando soportes como rollos o cojines.
				- Práctica de transferencias (10 min)	De cama a silla; de silla a inodoro; entrenamiento a cuidador/paciente.
				- Uso de dispositivos de asistencia (5 min)	Entrenamiento en órtesis, férulas, pelotas terapéuticas, esponjas de agarre y barras de

					apoyo. Valoración de su ajuste y funcionalidad.
				- Valoración rápida de progreso y ajuste del plan (5 min)	Registro de avances y dificultades. Adaptación de las rutinas en la siguiente sesión.
3. Monitoreo de medicación y adherencia	Enfermero / Cuidador	Cuidador (Diaria) Enfermero/Médico (2 veces al mes)	Cuidador 10 min (diario) Enfermero o médico 30 min (mensual)	- Registro diario de tomas (cuidador)	Registro de hora exacta de cada dosis y los efectos manifestados
				- Revisión de bitácora y signos de efectos adversos (enfermero dos veces al mes)	Revisa el registro del cuidador e identifica los efectos secundarios para su derivación médica (ajuste del plan terapéutico)
				- Ajuste de horario (si lo amerita) y recordatorios electrónicos	Revisa el horario actual y se adapta según la rutina del paciente. Se instruye al cuidador y paciente sobre el uso de alarmas para recordar la toma de medicamentos, o aplicaciones como “Medisafe” que permite gestionar de forma adecuada la medicación.
				- Capacitación sobre la administración adecuada de medicamentos a cuidador y paciente (30 minutos) Se otorga 2 veces al mes	Se imparte información en el domicilio acerca de: - Importancia de la adherencia terapéutica - Horarios críticos para la administración de medicamentos - Técnicas de administración oral o subcutánea

					- Reconocimiento de efectos adversos, señales de alarma - ¿Qué hacer cuando se olvida de una dosis? - Conservación de medicamentos y medidas de seguridad
4. Prevención de complicaciones (piel, úlceras)	Enfermero	1 vez por semana	50 minutos	- Inspección de zonas de apoyo (10 min)	Revisión y palpación de talones, glúteos, caderas, sacro y omóplatos para identificar heridas, humedad y enrojecimiento, signos de úlceras.
				- Cambio postural y demostración de técnica (5 min)	Técnicas de cambio de posturas cada 2 horas para evitar úlceras por presión y evitar lesiones o fricción
				- Higiene e hidratación de la piel (5 min)	Rutina de cuidado diario, productos adecuados y señales de riesgo en piel (con fisuras, quebradiza o seca)
				- Uso de colchón antiescaras y técnicas de masaje al paciente (5 min) Se refuerza dos veces al mes	Correcto uso del colchón Enseñanza de masajes circulares con cremas hidratantes en las zonas que ameritan
				- Prevención de infecciones urinarias (10 min) Se refuerza dos veces al mes	Educación acerca de higiene genital adecuada Cambio continuo de ropa interior

					Importancia de la hidratación (6-8 vasos diarios) Reconocimiento de signos de infección
				- Monitoreo de terapia antibiótica o sonda urinaria (si aplica) (5 min) Se refuerza dos veces al mes	Enseñanza de técnicas de limpieza de catéter, señales de infección en el punto de inserción y aseo de la zona.
				- Prevención de infecciones respiratorias (10 min) Se refuerza dos veces al mes	Desarrollo de ejercicios respiratorios activos o pasivos, limpieza nasal, reconocimiento de signos de infección
5. Atención psicológica	Psicólogo	1 vez al mes	50 minutos	- Evaluación inicial con escala validada (10 min)	Escala Beck - PHQ-9 (depresión) GAD-7 (ansiedad) Para determinar el nivel base y un posterior seguimiento
				- Terapia de afrontamiento y refuerzo del autoestima (10 min) El cuidador y paciente lo aplican cuando lo amerite	Diálogo para el reconocimiento de emociones, desarrollar resiliencia y trabajar la autoaceptación
				- Estrategias de manejo de frustración (10 min) El cuidador y paciente lo aplican cuando lo amerite	Enseñanza de técnicas de control emocional como el pensamiento racional, interrupción de ideas negativas o conteo regresivo.

				- Técnicas de respiración y relajación (10 min) El cuidador y paciente lo aplican cuando lo amerite - Capacitación al cuidador en apoyo emocional para el paciente (10 min) El cuidador y paciente lo aplican cuando lo amerite	Enseñanza de la respiración diafragmática, empleo de guías auditivas y técnica de relajación muscular progresiva. Enseñanza de habilidades de escucha activa y validación emocional, incluyendo ejemplos prácticos.
6. Apoyo social y grupal	Trabajador Social	1 vez al mes	25 minutos	- Orientación familiar durante visita domiciliaria (15 min) El cuidador lo aplicará cuando lo amerite	Consejería acerca del autocuidado del cuidador, reconocimiento de signos de sobrecarga emocional, estrategias para el manejo del estrés.
				- Encuesta de bienestar al familiar o cuidador (10 min)	Aplicación de escalas como WHO-5 o test Zarit para valorar la carga emocional, calidad de vida y estrés del cuidador.
				- Creación y seguimiento de red de WhatsApp (Acción permanente)	Creación de un grupo entre familia/cuidador de pacientes con discapacidad motora. Medio por el cual se compartirán consejos, ejercicios o mensajes motivacionales, mismo que será administrado por el profesional.
7. Capacitación a cuidadores: movilización y	Fisioterapeuta / Enfermero	1 vez al mes	45 minutos	- Capacitación en movilización segura del paciente (15 min)	Enseñanza práctica sobre el correcto uso del cuerpo del cuidador para movilizar al paciente, prevención de lesiones, ergonomía,

primeros auxilios					uso de ayuda técnicas (sillas de ruedas, tablas o bandas)
				- Formación en higiene postural y cuidado de la piel (15 min)	Enseñanza sobre las posturas correctas del paciente en cama o silla para evitar las úlceras por presión, revisión del estado de la piel y recomendaciones.
				- Capacitación básica en primeros auxilios domiciliarios (15 min)	Formación didáctica sobre el protocolo de actuación ante emergencias comunes como caídas, heridas o convulsiones. Entrega de infografías digitales y un número de contacto en caso de dudas.
8. Educación en uso y mantenimiento de dispositivos	Técnico en Ortopedia	1 vez al mes	45 minutos	- Capacitación sobre el uso de bastones, sillas de ruedas, muletas y andadores (15 min)	Demostración práctica sobre el uso de los dispositivos, considerando técnicas de marcha segura, maniobras en escaleras o rampas, ajuste de altura, desplazamiento en ambientes reducidos. Se examinará la independencia del paciente y la corrección respectiva.
				- Uso de utensilios adaptados para AVD (5 min)	Enseñanza acerca del uso de calzadores, cubiertos con mango angulado, cepillos y peines con mango largo y otros elementos que impulsen la autonomía del paciente durante la higiene, vestimenta y alimentación.

				- Formación sobre sistemas de soporte postural (5 min)	Enseñanza sobre el posicionamiento y uso adecuado de cojines antiescaras, respaldos ergonómicos, férula, posicionadores u otros soportes ortésicos a fin de prevenir deformidades posturales y complicaciones musculoesqueléticas.
				- Cuidado y mantenimiento de los dispositivos (5 min)	Educación sobre la limpieza de los dispositivos, ajustes, revisión de frenos, identificación de piezas desgastadas. Exposición de un calendario de chequeo.
9. Actividades de estimulación lúdica y cognitiva	Terapeuta ocupacional/ Cuidador	1 vez al mes	45 minutos	- Desarrollo de juegos de mesa adaptados (30 min)	Actividad basada en juegos de ajedrez imantado, dominó con fichas grandes o cartas que tengan los números más amplios. El cuidador se involucra para impulsar la interacción.
				- Lectura en voz alta o asistida (15 min)	El profesional de salud leerá en voz alta y promoverá la conversación con el paciente, acción que deberá ser replicada por el cuidador los siguientes días.
10. Terapia ocupacional recreativa	Fisioterapeuta/ Cuidador	1 vez al mes	45 minutos cada una	- Manualidades ergonómicas (20 minutos)	El fisioterapeuta desarrollará manualidades con materiales adaptados como pinceles gruesos, esponjas, arcilla suave o bordados con marcos de sujeción, para mejorar la creatividad y destreza de los pacientes.

				- Personalización de objetos	El paciente participará en actividades de decoración de objetos, sean sus propios bastones, sillas de ruedas u otros elementos, promoviendo su autonomía y autoexpresión.
--	--	--	--	------------------------------	---

En la siguiente imagen, se evidencia el diagrama de Gantt de las acciones del Modelo de Atención Integral Domiciliaria aplicada durante los 4 meses.

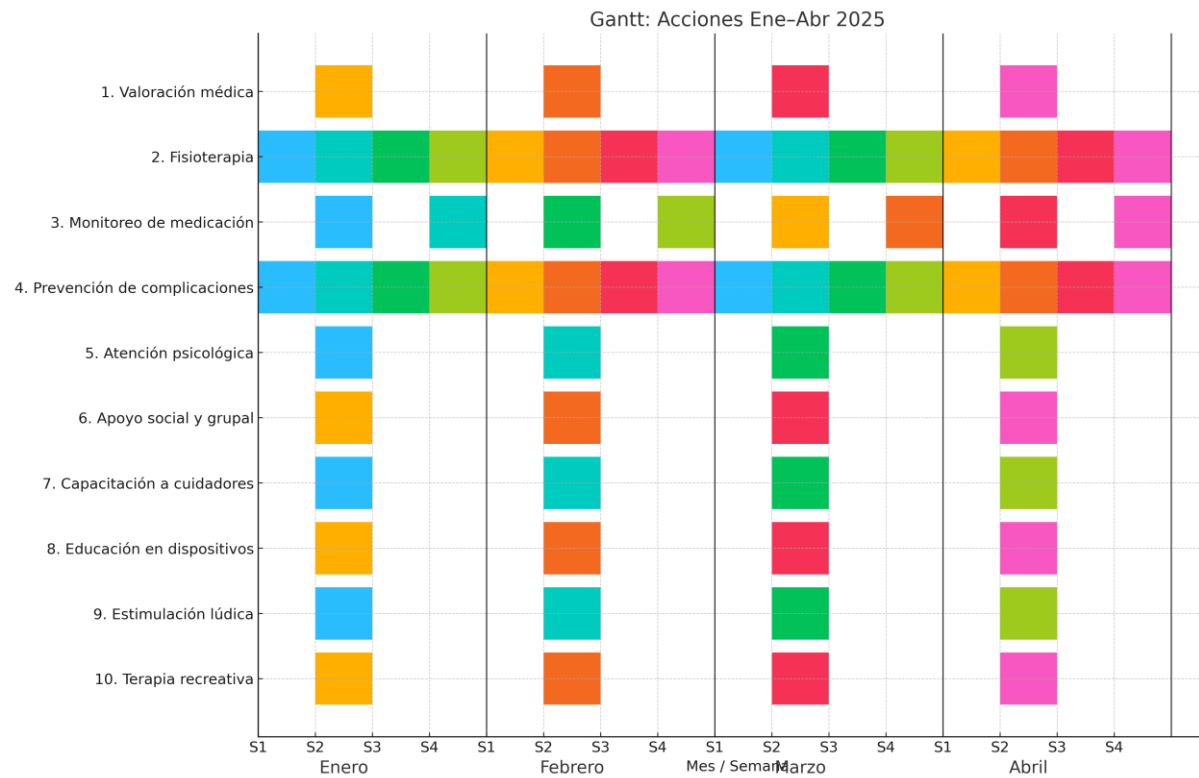


Diagrama de Gantt de las acciones del Modelo de Atención Integral Domiciliaria

Validación del modelo de atención integral domiciliaria

Para validar la propuesta, se consideró la intervención de tres expertos en gestión de servicios de salud, quienes evaluaron el modelo de atención integral domiciliaria a través de una ficha compuesta por siete criterios que aluden a la pertinencia, claridad y coherencia, originalidad e innovación, factibilidad, organización y creatividad, funcionabilidad e impacto esperado. Los resultados expresaron que los expertos evaluaron de forma positiva cada uno de los criterios establecidos, alcanzando una aceptación total del 100% y exponiendo que la propuesta resalta por su innovación, pertinencia e impacto esperado para las personas con discapacidad motriz.

Resultados de la validación del modelo de atención integral domiciliaria

Criterios de valoración	Experto 1		Experto 2		Experto 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Pertinencia: La propuesta responde a la necesidad de atención integral domiciliaria para las personas con discapacidad motora, garantizando un adecuado enfoque a sus requerimientos de bienestar y salud.	✓		✓		✓	
2. Claridad y coherencia: El objetivo y las acciones propuestas están definidos y organizados de forma lógica, asegurando su aplicabilidad en la atención domiciliaria.	✓		✓		✓	
3. Originalidad e innovación: El modelo dispone de un enfoque novedoso para la prestación de servicios de salud domiciliarios, contemplando estrategias adaptadas a las necesidades específicas de la población objetivo.	✓		✓		✓	
4. Factibilidad: La propuesta es viable dentro del contexto de atención domiciliaria, considerando los recursos humanos y técnicos disponibles.	✓		✓		✓	
5. Organización y creatividad: La estructura del modelo está organizada de manera lógica y funcional, integrando actividades innovadoras en la atención y el seguimiento de los pacientes con discapacidad motora.	✓		✓		✓	
6. Funcionalidad: Las herramientas y metodologías propuestas son prácticas y aplicables en el contexto domiciliario,	✓		✓		✓	

facilitando la atención integral y la coordinación entre los profesionales de salud y las familias.						
7. Impacto esperado: La implementación del modelo contribuirá de forma significativa en la mejora de la calidad de vida y continuidad del cuidado de las personas con discapacidad motriz en su entorno domiciliario.	✓		✓		✓	
Total %	100%		100%		100%	