

Evaluation of the Home Care Model for Individuals with Motor Disabilities in Santo Domingo, Ecuador

Evaluación del modelo de atención domiciliaria en personas con discapacidad motora en 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 Clínica, Magíster en
Gerencia de Recursos Humanos, Doctorado en Ciencias Generales
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: 01-OCT-2025 aceptación: 22-OCT-2025 publicación: 30-DIC-2025



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

<http://mqrinvestigar.com/>

Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar los resultados del modelo de atención integral domiciliaria en personas con discapacidad motora atendidas en dos centros de salud del cantón Santo Domingo de los Tsáchilas. La metodología sostuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte longitudinal con análisis pre-post, con una muestra de 161 pacientes a quienes se les aplicó el índice de Barthel, el cuestionario MOS de apoyo social y de atención integral domiciliaria. Los resultados del índice de Barthel revelaron que en la etapa inicial predominaba la dependencia moderada (52,8%) y severa (44,7%), mientras que tras la aplicación del modelo la dependencia moderada aumentó a 70,2% y la severa se redujo a 26,7%, con eliminación de la dependencia total. En el cuestionario MOS, el 62,1% indicó contar siempre con alguien que le aconseje, el 57,8% afirmó disponer de apoyo frecuente para conversar y el 53,4% reportó orientación informativa en la mayoría de las veces. Respecto a la atención integral domiciliaria, el 96,9% reconoció cumplimiento de objetivos, el 99,4% reportó retroalimentación de su atención y el 96,3% valoró la adecuada planificación de las visitas. Además, se observó un aumento del apoyo social y psicológico hasta 39,1% y 38,5% respectivamente. Se concluye que el modelo de atención domiciliaria fortaleció la funcionalidad y el apoyo social en los pacientes.

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

Abstract

The present study aimed to evaluate the outcomes of the comprehensive home care model in individuals with motor disabilities treated at two health centers in the canton of Santo Domingo de los Tsáchilas. The methodology followed a quantitative approach, with a non-experimental and longitudinal pre-post design, involving a sample of 161 patients who were assessed using the Barthel Index, the MOS social support questionnaire, and the comprehensive home care questionnaire. Results from the Barthel Index revealed that, at baseline, moderate dependence (52.8%) and severe dependence (44.7%) predominated, whereas after the implementation of the model, moderate dependence increased to 70.2% and severe dependence decreased to 26.7%, with total dependence being eliminated. In the MOS questionnaire, 62.1% reported always having someone to provide advice, 57.8% indicated frequent conversational support, and 53.4% reported informational guidance most of the time. Regarding comprehensive home care, 96.9% recognized achievement of objectives, 99.4% reported receiving feedback on their care, and 96.3% valued the proper planning of visits. Furthermore, social and psychological support increased to 39.1% and 38.5%, respectively. It is concluded that the home care model strengthened functionality and social support among patients.

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

Introducción

La discapacidad motora se define como la condición en la que una persona presenta restricciones para ejecutar movimientos corporales que influyen en su desplazamiento, manipulación de objetos o ejecución de actividades cotidianas. Este tipo de discapacidad se asocia con alteraciones en el sistema neuromuscular, esquelético o articular, lo que repercute en la autonomía de quienes la presentan (Kara & Ceviker, 2023).

En el panorama global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que aproximadamente 1,300 millones de personas conviven con alguna forma de discapacidad, enfrentándose a dificultades relacionadas con la atención médica, que incluyen restricciones económicas o dificultades de transporte para acceder a los servicios convencionales (Organización Mundial de la Salud, 2023). En Europa, el 27,1% de los adultos con discapacidad declaró restricciones importantes en su vida diaria (Matelionytė & Karanauskiene, 2024); mientras que en España, se registraron 262,732 estudiantes con discapacidad, de los cuales el 5,9% corresponde a la motora (Gobierno de España, 2024).

En América Latina, el 12% de la población presenta algún tipo de discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2024); mientras que, en Colombia 1,76 millones de personas se encuentran en esta situación, donde el 31% expone restricciones para caminar o subir las escaleras, y el 13,6% indicó dificultades para manipular objetos (Gobierno de Colombia, 2022). En Ecuador, los registros del 2024 muestran 487,546 personas con discapacidad, predominando la provincia del Guayas (23,95%) y Pichincha (17,44%), donde la discapacidad física representa el 44,20% de los casos. En el cantón Santo Domingo de los Tsáchilas se identificaron 5,618 casos de discapacidad física, afectando más a los hombres (60,11%) y personas de 65 a más años (26,36%) (CONADIS, 2024).

En relación con la discapacidad motora, la atención requiere cuidados permanentes ajustados a cada caso (Swai et al., 2024). En este contexto, la atención domiciliaria adquiere relevancia como modalidad de asistencia al organizar la atención clínica en el espacio del hogar, reduciendo las hospitalizaciones y los gastos institucionales asociados a tratamientos prolongados (Jiwa & Partha, 2021). Es así como, el modelo de atención domiciliaria integral en salud se concibe como una estrategia organizada que acerca los servicios médicos al hogar de las personas, favoreciendo la continuidad del cuidado y la atención personalizada. Esta modalidad resulta especialmente pertinente en el análisis de la discapacidad motora, donde la permanencia en un entorno familiar permite atender las condiciones clínicas con mayor adecuación al contexto del paciente y su núcleo cercano (Poksinska & Wiger, 2024).

Mobasseri et al. (2025) en su estudio diseñó un modelo conformado por seis elementos que fueron el liderazgo, marco legislativo, marco financiero, sistema de gestión de recursos humanos, sistema de gestión de la información y, sistema de control y monitoreo, cuya

implementación dispone el potencial de transformar la atención sanitaria, orientándola a un enfoque inclusivo, digno y sostenible. Por su parte, Huang et al. (2020) expresó que la calidad de la atención domiciliaria para personas con discapacidad mejora cuando se otorga mayor apoyo social y los cuidadores impulsan sus competencias. En tanto que Zhou et al. (2024) aseveró que los servicios de atención domiciliaria para las personas con discapacidad física representa un solución imprescindible para eludir el desperdicio de recursos médicos y de enfermería.

En el cantón Santo Domingo de los Tsáchilas se implementó un modelo de atención domiciliaria integral dirigido a personas con discapacidad motora. Su organización abarcó los componentes médico y rehabilitador, psicosocial, educativo y de capacitación, e integración recreativa, aplicados en los centros de salud Augusto Egas y Los Rosales. Posterior a su puesta en marcha, se determinó valorar los cambios obtenidos en la capacidad funcional de los pacientes, en las redes de apoyo social y en la organización de la atención en el hogar. Por lo cual, la presente investigación se orienta a examinar los resultados posteriores a la aplicación del modelo, con el propósito de registrar la experiencia y aportar evidencia sobre los efectos registrados en esta población.

El objetivo del estudio implica evaluar los resultados del modelo de atención integral domiciliaria en personas con discapacidad motora atendidas en dos centros de salud del cantón Santo Domingo de los Tsáchilas. La hipótesis nula es: La aplicación del modelo de atención integral domiciliaria para los pacientes con discapacidad motora no mejoró significativamente las condiciones de salud de esta población. La hipótesis alternativa es: La aplicación del modelo de atención integral domiciliaria para los pacientes con discapacidad motora mejoró significativamente las condiciones de salud de esta población.

Material y métodos

El estudio mantiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte longitudinal con análisis pre-post, permitiendo evaluar a los mismos pacientes antes y después de la implementación del modelo de atención domiciliaria.

La población estuvo conformada por 275 personas con discapacidad motora atendidas en el cantón Santo Domingo de los Tsáchilas. A partir de esta población se definió una muestra de 161 pacientes, distribuida en 94 en el centro de salud Augusto Egas y 67 en el centro de salud Los Rosales. Para esto se utilizó una fórmula, cuyos criterios implicaban el reconocimiento de la población (N), el nivel de confianza (Z) que era del 95%, el error máximo permitido (d) que fue del 5% y las probabilidades de éxito y fracaso (p, q) con el 50%.

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

Para la selección se utilizó un muestreo estratificado proporcional que aseguró la representación de ambos centros. Los criterios de inclusión fueron pacientes entre 19 y 24 años con discapacidad motora atendidos en los centros mencionados. Los criterios de exclusión correspondieron a personas con otro tipo de discapacidad.

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

La recolección de información en la etapa posterior a la aplicación del modelo se realizó mediante tres instrumentos principales y un bloque reducido de datos de contexto. En primer lugar, se registraron variables sociodemográficas básicas de los pacientes, específicamente sexo, edad y grado de discapacidad. Por otro lado, se utilizó el Índice de Barthel (IB), empleado para valorar la capacidad funcional en 10 actividades de la vida diaria (Ayala & Tituaña, 2020) (Ver anexo 1).

De igual forma, se empleó la escala de apoyo social percibido (MOS), conformada por 20 ítems (Ver anexo 2) que miden la frecuencia de apoyo recibido en sus distintas dimensiones (De La Revilla et al., 2005; De La Revilla & Bailón, 2014; Martín et al., 2024). Asimismo, se utilizó el cuestionario de atención integral domiciliaria fundamentado en los parámetros del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2014), considerando únicamente los apartados sobre modelo de atención, componentes del modelo y tipo de apoyo recibido, con respuestas dicotómicas de Sí o No (Ver anexo 3).

El procesamiento de datos se efectuó mediante Microsoft Excel y el software SPSS versión 26; la información fue organizada en matrices que permitieron generar tablas de frecuencias absolutas y porcentuales. Con el fin de analizar los cambios posteriores a la aplicación del modelo, se realizaron pruebas de comparación entre mediciones iniciales y finales, dirigidas a identificar variaciones en el nivel de dependencia funcional, apoyo social percibido y atención domiciliaria.

Resultados

Los resultados presentados a continuación corresponden a la etapa posterior a la aplicación del modelo de atención integral domiciliaria. Se exponen los datos de sexo, edad y grado de

discapacidad de los pacientes incluidos en el análisis, con el propósito de ofrecer un marco de referencia inicial antes de abordar los cambios observados en las variables de estudio.

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%
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%

En la tabla 2 se observa un mayor porcentaje del sexo femenino con 53,4%; la distribución por edad se concentra en 19 a 20 años con 35,4%; mientras que, en grado de discapacidad, el rango de 50% a 74% registra 46,0%, por encima de 30% a 49%. Este perfil describe un grupo joven con predominio femenino y un nivel de discapacidad intermedio que reúne la mayor proporción.

Resultados del índice de Barthel modificado

Tabla 3

Resultados del índice de Barthel modificado

Puntuación de Higiene personal	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	1	0,6%
1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	7	4,3%
3 Requiere ayuda moderada	67	41,6%
4 Requiere mínima ayuda	46	28,6%
5 Independiente total	40	24,8%
Total	161	100,0%
Puntuación de Bañarse	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	1	0,6%



1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	8	5,0%
3 Requiere ayuda moderada	64	39,8%
4 Requiere mínima ayuda	48	29,8%
5 Independiente total	40	24,8%
Total	161	100,0%

Puntuación de Alimentarse	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	0	0,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	17	10,6%
5 Requiere ayuda moderada	83	51,6%
8 Requiere mínima ayuda	30	18,6%
10 Independiente total	31	19,3%
Total	161	100,0%

Puntuación de Sanitario	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	5	3,1%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	40	24,8%
5 Requiere ayuda moderada	50	31,1%
8 Requiere mínima ayuda	33	20,5%
10 Independiente total	33	20,5%
Total	161	100,0%

Puntuación de Subir escaleras	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	0	0,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	56	34,8%
5 Requiere ayuda moderada	95	59,0%
8 Requiere mínima ayuda	9	5,6%
10 Independiente total	1	0,6%
Total	161	100,0%

Puntuación de Vestirse	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	0	0,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	11	6,8%
5 Requiere ayuda moderada	61	37,9%
8 Requiere mínima ayuda	79	49,1%
10 Independiente total	10	6,2%
Total	161	100,0%

Puntuación de Control intestinal	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	0	0,0%
2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	25	15,5%
5 Requiere ayuda moderada	55	34,2%
8 Requiere mínima ayuda	42	26,1%
10 Independiente total	39	24,2%
Total	161	100,0%

Puntuación de Control de la vejiga	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	7	4,3%



2 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	37	23,0%
5 Requiere ayuda moderada	48	29,8%
8 Requiere mínima ayuda	38	23,6%
10 Independiente total	31	19,3%
Total	161	100,0%
Puntuación de Traslado a sillas/camas	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	0	0,0%
3 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	14	8,7%
8 Requiere ayuda moderada	36	22,4%
12 Requiere mínima ayuda	80	49,7%
15 Independiente total	31	19,3%
Total	161	100,0%
Puntuación de Ambulación o marcha	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	2	1,2%
3 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	16	9,9%
8 Requiere ayuda moderada	57	35,4%
12 Requiere mínima ayuda	59	36,6%
15 Independiente total	27	16,8%
Total	161	100,0%
Puntuación de Silla de ruedas	Frecuencia	%
0 Incapaz de realizar la tarea	1	0,6%
1 Intenta realizar la tarea pero no es seguro	8	5,0%
3 Requiere ayuda moderada	69	42,9%
4 Requiere mínima ayuda	36	22,4%
5 Independiente total	47	29,2%
Total	161	100,0%

La tabla 3 presenta los resultados posteriores a la aplicación del modelo de atención domiciliaria en actividades de la vida diaria. En este ámbito, se muestra que los porcentajes más altos en ayuda moderada corresponden a subir escaleras con 59,0%, alimentación con 51,6%, higiene personal con 41,6%, bañarse con 39,8%, control intestinal con 34,2%, uso del sanitario con 31,1%, control de la vejiga con 29,8% y uso de silla de ruedas con 42,9%. En cuanto a la ayuda mínima, los mayores porcentajes se presentaron en las actividades de vestirse con 49,1%, traslado a sillas y camas con 49,7% y marcha con 36,6%.

Tabla 4

Clasificación del índice de Barthel pre – post

Clasificación del índice de Barthel	PRE		POST	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dependencia total	3	1,9%	0	0,0%
Dependencia severa	72	44,7%	43	26,7%



Dependencia moderada	85	52,8%	113	70,2%
Dependencia leve	1	0,6%	5	3,1%
Total	161	100,0%	161	100,0%

La tabla 4 revela variaciones en la clasificación del índice de Barthel tras la aplicación del modelo. En el periodo PRE, la mayor proporción se registró en dependencia moderada con 52,8%, seguida de dependencia severa con 44,7%, dependencia total con 1,9% y dependencia leve con 0,6%. En el periodo POST, la dependencia moderada ascendió a 70,2%, la dependencia severa disminuyó a 26,7%, la dependencia total se redujo a 0,0% y la dependencia leve aumentó a 3,1%. Los cambios más relevantes muestran la disminución de casos severos y totales, junto con el incremento en dependencia leve.

Resultados del cuestionario de apoyo social (MOS)

Tabla 5

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%	9,9%	24,2%	57,8%	8,1%
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	0,0%	2,5%	6,8%	28,6%	62,1%
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	0,0%	3,1%	10,6%	53,4%	32,9%
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	0,0%	3,1%	20,5%	43,5%	32,9%
Alguien cuyo consejo realmente desee	0,0%	3,1%	22,4%	42,2%	32,3%
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	0,0%	2,5%	29,8%	38,5%	29,2%
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	0,0%	1,9%	29,8%	36,0%	32,3%
Alguien que comprenda sus problemas	0,0%	3,1%	34,8%	23,0%	39,1%

La tabla 5 refleja que en la dimensión de apoyo social emocional e informacional, la mayoría de las veces el paciente cuenta con alguien cuando requiere hablar (57,8%); el 62,1% siempre tiene alguien que lo aconseje cuando tiene problemas; el 53,4% la mayoría de las veces dispone de alguien que le informa y ayuda a entender la situación, al igual que el 43,5% que tiene a alguien en quien confía o con quien puede hablar de sus preocupaciones. El 42,2% en la mayoría de las veces tiene a alguien cuyo consejo realmente desea; el 38,5% en la mayoría de las veces comparte sus temores y problemas íntimos; el 36,0% en la mayoría de las veces recibe consejo para resolver sus problemas personales; y el 39,1% siempre encuentra a alguien que comprende sus problemas.

Tabla 6

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	0,0%	6,8%	35,4%	19,3%	38,5%
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	0,0%	1,9%	31,1%	23,0%	44,1%
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	0,0%	3,1%	46,0%	23,0%	28,0%
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	0,0%	32,9%	3,7%	27,3%	36,0%

La tabla 6 revela que en la dimensión de apoyo instrumental, el 38,5% siempre cuenta con alguien que le ayude cuando debe estar en la cama y el 44,1% siempre tiene a alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita. El 46% algunas veces recibe ayuda para la preparación de la comida cuando no puede hacerlo, mientras que, el 36,0% siempre cuenta con apoyo en las tareas domésticas en caso de enfermedad.

Tabla 7

Dimensión interacción social positiva

Dimensión interacción social positiva	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien con quién pasar un buen rato	0,0%	6,2%	25,5%	25,5%	42,9%
Alguien con quien pueda relajarse	0,0%	2,5%	34,8%	36,0%	26,7%
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	0,0%	13,0%	70,2%	11,8%	5,0%
Alguien con quién divertirse	0,0%	11,8%	46,0%	20,5%	21,7%

La tabla 7 indica que en la dimensión de interacción social positiva, el 42,9% siempre cuenta con alguien con quien pasar un buen rato. El 36,0% la mayoría de las veces tiene a alguien con quien puede relajarse, el 70,2% algunas veces realiza actividades con alguien que le sirven para olvidar sus problemas, mientras que el 46,0% algunas veces comparte momentos de diversión con otra persona.

Tabla 8

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%	16,8%	27,3%	24,2%	31,7%
Alguien que le abraza	0,0%	15,5%	28,6%	34,2%	21,7%
Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	0,0%	13,7%	29,2%	42,9%	14,3%

La tabla 8 demuestra que en la dimensión de apoyo afectivo, el 31,7% siempre cuenta con alguien que le muestra amor y afecto. El 34,2% la mayoría de las veces recibe abrazos, el 42,9% la mayoría de las veces tiene a alguien a quien amar y hacerle sentir querido.

Resultados sobre la atención integral domiciliaria

Tabla 9

Modelo de atención

Modelo de atención	Sí	No
¿Está informado sobre las normativas legales que sustentan las visitas domiciliarias?	70,8%	29,2%
¿Considera que las visitas domiciliarias están adecuadamente planificadas?	96,3%	3,7%
¿Considera que las visitas domiciliarias cumplen con los objetivos propuestos?	96,9%	3,1%
¿Recibe retroalimentación sobre el seguimiento o monitoreo de su atención domiciliaria?	99,4%	0,6%

La tabla 9 evidencia que el 70,8% está informado sobre las normativas legales que sustentan las visitas domiciliarias; y, el 96,3% considera que dichas visitas están adecuadamente planificadas. Por otro lado, el 96,9% señaló que las visitas domiciliarias cumplen con los objetivos propuestos, mientras que el 99,4% afirma recibir retroalimentación sobre el seguimiento o monitoreo de su atención domiciliaria.

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?	99,4%	0,6%
Las visitas domiciliarias se enfocan en mejorar su salud y bienestar físico?	98,1%	1,9%
¿Las visitas domiciliarias consideran sus relaciones interpersonales y su entorno social?	96,9%	3,1%
¿Siente que las visitas domiciliarias promueven su inclusión social?	96,3%	3,7%
¿La frecuencia de las visitas domiciliarias es suficiente para cubrir sus necesidades?	88,2%	11,8%
¿El tiempo dedicado a cada visita domiciliaria es adecuado para abordar sus necesidades?	85,1%	14,9%

En la tabla 10 se reconoce que el 99,4% reporta identificación clara de sus requerimientos en las visitas domiciliarias; 98,1% indicó que las visitas mantienen su enfoque en salud y bienestar físico; 96,9% señala consideración de sus relaciones personales y del entorno social; y, 96,3% percibe que las visitas apoyan su integración social. En organización del servicio, 88,2% considera suficiente la frecuencia de las visitas y 85,1% valora como adecuado el tiempo dedicado por visita.

Tabla 11

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

Descripción	PRE		POST	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Físico	27	16,8%	36	22,4%
Social	27	16,8%	63	39,1%
Ninguno	80	49,7%	0	0,0%
Psicológico	27	16,8%	62	38,5%
Total	161	100,0%	161	100,0%

En la tabla 11 se identifica un cambio evidente en el tipo de apoyo recibido en las visitas domiciliarias. En el periodo PRE, el porcentaje más alto correspondía a quienes no recibían ningún tipo de apoyo con 49,7%, mientras el apoyo físico, social y psicológico se mantenían en 16,8% cada uno. En el periodo POST, se observa un aumento en todas las formas de apoyo; el físico asciende a 22,4%, el social a 39,1% y el psicológico a 38,5%.

Comprobación de la hipótesis

Para la comprobación de la hipótesis, se realizó una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov considerando los datos pre y post del Índice de Barthel y el cuestionario MOS, revelando valores menores de 0,05 en la etapa preintervención y mayor de 0,05 en la postintervención; debido a las diferencias, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Tabla 12

Estadísticos de prueba de Wilcoxon

	Índice de Barthel (pre)- Índice de Barthel (post)	Cuestionario MOS (pre)- Cuestionario MOS (post)
Z	-10,632 ^b	-11,021 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	0,000	0,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo con la tabla 12, la prueba de Wilcoxon arrojó valores de significancia inferiores a 0,05 en el índice de Barthel y en el cuestionario MOS, lo que evidencia diferencias entre los periodos pre y post. Este resultado confirma que tras la intervención se observaron cambios relevantes en las condiciones de salud de los pacientes; de esta manera, se aceptó la hipótesis alternativa que indica que la aplicación del modelo de atención integral domiciliaria para los pacientes con discapacidad motora en los dos centros analizados mejoró las condiciones de salud de esta población.

Discusión

Los resultados luego de haber sido aplicado el modelo de atención domiciliaria en personas con discapacidad motora mostró variaciones en funcionalidad y apoyo social que se sostienen con la prueba de Wilcoxon aplicada a los mismos sujetos. La reducción de casos en dependencia severa y el incremento de categorías leves y moderadas en el índice de Barthel, junto con el aumento de apoyos físico, social y psicológico, perfila un esquema de cambio consistente con una intervención domiciliaria organizada y con seguimiento.

La mejora funcional se alinea con la literatura que documenta beneficios de programas en domicilio enfocados en actividades de la vida diaria. Un ensayo español en pacientes mayores atendidos en un programa de rehabilitación domiciliaria describió incrementos en Barthel entre el alta hospitalaria y el egreso del servicio, con diferencias estadísticas reportadas por los autores, lo que respalda la tendencia observada en esta muestra local (Lafuente et al., 2022).

En paralelo, una intervención de terapia ocupacional en domicilio, con sesiones esquematizadas y metas pactadas, registró avances en desempeño ocupacional, lo que converge con la lectura de los resultados del estudio actual en cuanto a los datos sobre higiene, vestido, traslado y marcha (Lorente et al., 2021). La educación y el involucramiento familiar en Cuba mostraron efectos favorables en la rehabilitación física en el hogar, lo que dialoga con los resultados del MOS en dimensiones emocional, instrumental y de interacción social (Díaz & Ramírez, 2024).

Cabe mencionar que se mantienen porcentajes relevantes en categorías que aún requieren apoyo moderado, en especial al subir escaleras y en control de esfínteres, lo que indica áreas prioritarias para ciclos adicionales de intervención y ajustes de intensidad. Es fundamental exponer que los tres estudios citados coinciden en la utilidad de planes con metas funcionales, práctica centrada en actividades y participación del entorno de cuidado; esas pautas se reflejan en el modelo aplicado en los centros de salud de Santo Domingo (Lafuente et al., 2022).

Con respecto a las consecuencias teóricas y aplicaciones prácticas, la evidencia del estudio respalda marcos de atención en domicilio que integran medición periódica con Barthel y MOS, priorización de tareas de la vida diaria y educación del cuidador. Por lo cual, se recomienda consolidar ciclos de seguimiento trimestrales con retroalimentación a equipos y familias, escalamiento de visitas en los casos con mayor demanda de apoyo instrumental y registro continuo para series temporales comparables. Como conclusión, el modelo evaluado mostró mejoras en desempeño funcional y en redes de apoyo reportadas por los pacientes; la consistencia con literatura reciente refuerza la validez externa de los resultados.

Conclusiones

La investigación realizada en dos centros de salud de Santo Domingo con personas que presentan discapacidad motora evidenció un cambio positivo en las condiciones de funcionalidad y apoyo social tras la aplicación del modelo de atención domiciliaria. El índice de Barthel mostró un aumento en los niveles de independencia en actividades de la vida diaria, con una reducción de los casos de dependencia severa y un incremento en categorías leves y moderadas. A su vez, el cuestionario MOS reflejó un fortalecimiento de las redes de apoyo, principalmente en dimensiones instrumentales y emocionales, lo que confirma la relevancia de integrar a la familia en el proceso de cuidado.

Por consiguiente, se concluye que el modelo implementado genera mejoras medibles en la vida de los pacientes y permite establecer bases sólidas para su continuidad en los centros de salud evaluados. Como recomendación, se plantea mantener un monitoreo periódico mediante visitas domiciliarias programadas, contemplar ciclos educativos para cuidadores y garantizar recursos que sostengan la intervención. Estas acciones consolidan la atención en el hogar y favorecen un acompañamiento integral y permanente.

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.
- Díaz, J., & Ramírez, D. (2024). Orientación familiar para la rehabilitación física domiciliaria de pacientes con parálisis cerebral. *Ciencia y Deporte*, 9(2), 432-447. <https://doi.org/10.34982/2223.1773.2024.v9.no2.014>
- 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 2022/23 asciende a 262.732 personas. <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-APOYOS-EDUCATIVOS.pdf>
- 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), 1-9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000405>
- Jiwa, A., & Partha, I. (2021). Home Care Service Application for Patients. 613, 259-266. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.211222.042>
- Kara, E., & Ceviker, A. (2023). Engelli bireylerde motor beceri. *Journal of ROL Sport Sciences*, 4(1), 394-410. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7741469>
- Lafuente, P., Sánchez, E., Calero, I., Martín, A., Belenguer, Á., García, E., Matoses, V., & Tarazona, F. (2022). Resultados de un programa de rehabilitación domiciliaria tras hospitalización en pacientes con fractura de cadera. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(5), 269-272. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.07.004>
- Lorente, M., Llenas, A., Homs, M., & García, M. (2021). Intervención domiciliaria de la terapia ocupacional durante la pandemia COVID-19, en el Centro de Atención Primaria de Vilanova del Camí. *Atención Primaria Práctica*, 3(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100090>

- Martín, A., Cano, J., & Gené, J. (2024). Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Elsevier Health Sciences.
- 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>
- Mobasser, K., Ghasemyani, S., Khodayari, R., & Kousha, A. (2025). Developing a comprehensive model of home-based long-term care for older people in Iran: A multi-method study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12434-0>
- 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>
- Poksinska, B., & Wiger, M. (2024). From hospital-centered care to home-centered care of older people: Propositions for research and development. *Journal of Health Organization and Management*, 38(9), 1-18. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2023-0077>
- Swai, E., Mushi, H., Msuya, S., Lindkvist, M., Sörlin, A., & Sahlen, K. (2024). Adaptive adjustment to the needs of families caring for children and adolescents with physical disabilities in north-eastern Tanzania: A grounded-theory study. *Global Health Action*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2354009>
- Zhou, W., Gao, Y., Wang, Y., Liu, J., Wang, Q., & Zhou, L. (2024). Understanding Care Needs of Older Adults with Disabilities: A Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 2331-2350. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S454985>

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. 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>
	REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una

3	tarea debido a una afección o enfermedad, etc. [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].
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. [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].
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. [La persona es capaz de usar ducha, tina o tanque con agua, bañarse en el río, echarse con un recipiente agua fría o 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].
ALIMENTARSE	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. [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].
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. [La persona puede llevarse la comida a la boca, pero un ayudante debe llenar la cuchara con comida].
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”. [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].
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. [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].
10	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. [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 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].
SANITARIO	
0	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario. [La persona es dependiente en todos los aspectos del uso del baño o lugar donde habitualmente orinaba o defecaba].

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. [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].
5	5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. [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)].
8	8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. 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.
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. [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].
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. 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.
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. [A pesar de la ayuda, es posible que la persona se ensucie frecuentemente.
5	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. [La persona puede colocarse en la posición adecuada, pero a veces se le escapa el popó, necesita ayuda para limpiarse y/o colocarse los pañales, paños o toallas absorbentes].
8	REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales. [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].
10	INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario. [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

	<i>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 apoya pies, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para</i>

15	<i>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 2. 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 quien 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 abraza	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 quien divertirse	1	2	3	4	5
19	Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguien a quien 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 3. Cuestionario sobre la atención integral domiciliaria

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	