



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciado en Terapia Física
Médica

AUTOR: Romel Hipólito Guevara Pérez

DIRECTOR: MSc. Juan Carlos Vásquez

IBARRA - ECUADOR

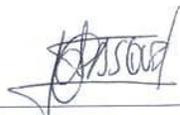
2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

Yo, MSc. Juan Carlos Vásquez en calidad de director de la tesis de grado titulada “NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022”, de autoría de Romel Hipólito Guevara Pérez. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para la defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, al 9 de diciembre del 2022



MSc. Juan Carlos Vásquez

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

I. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003671961		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Guevara Pérez Romel Hipólito		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Periférico Sur Conjunto Adiro		
EMAIL:	rhguevarap@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	NA	TELÉFONO MÓVIL:	0992603382

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022
AUTOR (ES):	Romel Hipólito Guevara Pérez
FECHA:DD/MM/AAAA	9/12/2022
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciado en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Juan Carlos Vásquez

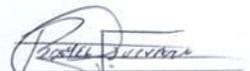
2. CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

EL AUTOR:

Ibarra, a los 9 días del mes de diciembre del 2022

Autor


Romel Hipólito Guevara Pérez
CC: 1003671961

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 9 de diciembre del 2022

ROMEL HIPÓLITO GUEVARA PÉREZ “NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022” / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Terapia Física Médica, Universidad Técnica del Norte, Ibarra, 9 de diciembre 2022

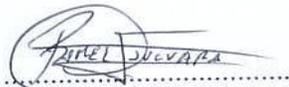
DIRECTOR: MSc. Juan Carlos Vásquez

El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificar el nivel de dependencia física en personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra en el período 2022. Entre los objetivos específicos constan: Describir las características de la población de estudio según edad, género. Determinar el grado de dependencia física en las personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra. Identificar las actividades de la vida diaria que tiene mayor dependencia de la población de estudio.



.....
MSc. Juan Carlos Vásquez

DIRECTOR DE TESIS



.....
Romel Hipólito Guevara Pérez

AUTOR

DEDICATORIA

Al concluir una etapa de mi vida quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron apoyo inspiración y fortaleza, esta investigación, en especial para Dios mis padres mis hermanos mi esposa mi hija muchas gracias a ustedes por demostrarme el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar a otro para que esté se superé.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo difícil de lograr esta meta se ha notado menos, les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes mi hermosa familia.

Romel Hipólito Guevara Pérez

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi universidad, gracias por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que me apasiona la fisioterapia, gracias a cada maestro que fue parte de este proceso de formación que deja como terminado a un grupo de graduados como recuerdo y prueba viviente en la historia, esta tesis que perdurara dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.

Mi gratitud también a la facultad de ciencias de la salud, mi agradecimiento sincero al asesor de mi tesis MSc. Juan Carlos Vásquez, gracias a cada docente quien con su apoyo y enseñanzas constituyen a la base de mi vida profesional

Finalmente agradezco a quien lee mi tesis, por permitir a mis experiencias, investigaciones y conocimientos adentrarse en su información mental.

Romel Hipólito Guevara Pérez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Preguntas de Investigación	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1. Discapacidad	9
2.1.1. Causas de la discapacidad	10
2.1.2. Historia de la discapacidad.....	12
2.1.3. Clasificación de la discapacidad	13

2.1.4. Tipos de discapacidad	15
2.1.5. Áreas problemáticas de la discapacidad.....	16
2.2. CIF	17
2.2.1. Objetivos de la CIF	18
2.2.2. Estructura de la CIF	19
2.2.3. Funcionalidad de la CIF	19
2.3. Dependencia.....	20
2.4. Actividades de la vida diaria.....	21
2.4.1. Actividades básicas cotidianas de la vida diaria	22
2.4.2. Actividades instrumentales de la vida diaria.....	23
2.5. Índice de Barthel	24
2.6. Centro de Atención Terapéutica Especializada CATEPED.....	26
2.7. Marco Legal y Ético	27
2.7.1. Constitución de la República del Ecuador	27
2.7.2. Plan Nacional de Desarrollo 2021 – 2025.....	30
2.7.3. Ley Orgánica de Salud Del derecho a la Salud y su Protección.	31
CAPÍTULO III.....	32
3. Metodología de la Investigación	32
3.1. Diseño de la investigación	32
3.2. Tipo de investigación.....	32
3.3. Localización y Ubicación del estudio	33
3.3.1. Población de estudio.	33
3.3.2. Criterios de Inclusión	33
3.3.3. Criterios de Exclusión.....	33
3.4. Operacionalización de las variables	34
3.4.1. Variable de caracterización	34
3.4.2 Variable de interés.....	35
3.5. Métodos y técnicas para la recolección de la información	38
3.5.1. Métodos teóricos	38
3.5.2. Técnicas.....	38
3.5.3. Instrumentos	39

3.6. Análisis de datos	39
3.6.1. Procedimiento de la investigación	39
CAPÍTULO IV	40
4. Análisis e interpretación de datos	40
Tabla 1.....	40
Tabla 2.....	41
Tabla 3.....	42
Tabla 4.....	45
4.1. Respuestas a las preguntas de investigación.....	46
CAPÍTULO V	50
5. Conclusiones y Recomendaciones	50
5.1. Conclusiones	50
5.2. Recomendaciones	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	59
Anexo 1: Aprobación del Concejo Directivo.....	59
Anexo 2. Oficio de Autorización del estudio por parte del Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra	60
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	61
Anexo 4: Test de Barthel.....	62
Anexo 5: Certificación de la Revisión del Abstract.....	63
Anexo 6: Análisis Urkund.....	64
Anexo 7: Galería Fotográfica.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	40
Tabla 2	41
Tabla 3	42
Tabla 4	45

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1: Aplicando el Consentimiento Informado.....	65
Fotografía 2: Aplicando el Test de Barthel	65
Fotografía 3: Aplicando la Ficha de Recolección de datos	66

“NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022”

Autor: Romel Hipólito Guevara Pérez
Correo: rhguevarap@utn.edu.ec

RESUMEN

La discapacidad se conceptualiza como un término genérico que incluye las deficiencias de funciones y estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. El objetivo de la investigación fue identificar el nivel de dependencia física en personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra en el período 2022. La metodología que se utilizó es de tipo descriptivo, cuantitativo, de diseño no experimental y corte transversal, con una muestra de 30 pacientes, se utilizó el Índice de Barthel como instrumento, se obtuvo como principales resultados: En cuanto a las actividades de la vida diaria, el aseo personal (53%) es el más comprometido, seguido de comer (20%), vestirse (56,7%) con ayuda. La dependencia funcional ligera prima con el 40% seguido la valoración de dependencia moderada con un 30%. Se concluye que los pacientes presentan niveles bajos y moderados dependía funcional con independencia en las actividades de deambulación y traslados.

Palabras clave: discapacidad, actividades de la vida diaria, índice de Barthel, dependencia funcional.

“LEVEL OF PHYSICAL DEPENDENCE IN PEOPLE WHO ATTEND THE
SPECIALIZED THERAPEUTIC CARE CENTER FOR PEOPLE WITH
DISABILITIES IN THE CITY OF IBARRA IN THE PERIOD, 2022”

Author: Romel Hipólito Guevara Pérez
Email: rhguevarap@utn.edu.ec

ABSTRACT

Disability is conceptualized as a generic term that includes impairments in body functions and structures, limitations in activities, and restrictions in participation. The objective of the research was to identify the level of physical dependence in people who attend the Specialized Therapeutic Care Center for people with disabilities in the city of Ibarra in the period 2022. The methodology obtained is descriptive, quantitative, design non-experimental and cross-sectional, with a sample of 30 patients, the Barthel Index was reduced as an instrument, the main results were obtained: Regarding the activities of daily living, personal hygiene (53%) is the most compromised, followed by eating (20%), dressing (56,7%) with help. The light functional dependence prevails with 40% followed by the assessment of moderate dependence with 30%. It is concluded that the patients present low and moderate levels of functional dependence with independence in the activities of walking and transfers.

Keywords: disability, activities of daily living, Barthel index, functional dependency.

TEMA:

NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

Discapacidad hace referencia a las deficiencias que afectan a una estructura o función corporal, con limitaciones en las actividades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones se relacionan más a la participación de la persona en el ámbito social y laboral (1).

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. La discapacidad como un problema de salud por las complicaciones que según la encuesta mundial de la salud, cerca de 785 millones de personas (15.6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la carga mundial de salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2.2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la carga mundial de morbilidad cifra en 190 millones (3.8%) las personas con una discapacidad grave (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejia, depresión, grave o ceguera). Solamente mide las discapacidades infantiles (0 -14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5.1%), 13 millones de los cuales (0.7%) tienen discapacidad grave (2).

La dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana. La discapacidad y la dependencia son situaciones conceptualmente próximas, pero no equiparables (3).

En Europa, el diez por ciento de la población cursa algún tipo discapacidad, influyendo sobre la realización de sus actividades diarias, generando mayor o menor dependencia,

sin embargo, el promedio de vida de esta población ha aumentado con el tiempo, produciendo mayores costes en la atención sanitarias (4).

En la revisión sistemática, de Filipe Athayde y colaboradores, se analiza a la discapacidad física, describiendo, al entorno físico y social, como una serie de barreras o facilitadores que influyen en el buen desenvolvimiento de las personas, acentuando ciertas condiciones clínicas, que influyen sobre su funcionalidad (5).

En Estados Unidos, aproximadamente, menos del 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad física, con dificultades en el desarrollo de sus actividades personales; sin embargo, esta población según esta investigación busca realizar actividad física y esfuerzos como caminar o rodar con las sillas de ruedas o ayudas técnicas y mejorar capacidad de las personas (6).

Las personas con discapacidades en América Latina conforman uno de los grupos más marginados del mundo, ya sea por extrema pobreza, los peores estados sanitarios, desempleo, obtienen resultados académicos bajos o en definitiva tienen limitaciones a la educación, salud o vivienda es decir su posición es en algunos casos marginada y de aislamiento (7).

En Ecuador, a través de investigaciones realizadas por el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), existen más de 1.600.000 personas con discapacidad que representa el 13.2% de la población total, de igual manera la discapacidad ha ido aumentando, pero también se debe considerar el punto de vista favorable que el último gobierno ha encabezado campañas y programas de protección y beneficios a las personas con discapacidad. Según datos del CONADIS en Ecuador se encuentran registrados 361.511 personas afiliadas a este órgano, que es una cifra alta, considerando que hay un número bastante significativo de personas con discapacidad que no conocen de esta institución o que no se han afiliado. De la cifra mencionada, la discapacidad más prevalente es la física, seguida de la intelectual, auditiva y visual (8).

En la provincia de Imbabura los datos se asemejan a los del país, los cantones con mayores prevalencias de discapacidad son Ibarra y Otavalo. La población en estudio que pertenecen al cantón Otavalo tiene un registro oficial según el CONADIS de 2130 personas con discapacidad, la mayor prevalencia es la física con 42,5%, que se encuentra con 18 personas sobre la auditiva (9).

Por todo lo mencionado es primordial considerar que la discapacidad debe abordarse desde el punto de vista integral, entiendo a la persona como un ser biopsicosocial (10), que, a pesar de presentar ciertas limitaciones, que pueden influir sobre su funcionalidad, pueden ser entes que aporten y que se integren el desarrollo de la sociedad.

La principal problemática está relacionada, con la falta de categorización de la funcionalidad y la adaptabilidad en la población de la localidad, situación que puede impedir el acceso a oportunidades que mejoren la calidad de vida de estas personas y la oportuna reinserción a la sociedad.

Por lo que el propósito de este estudio se centra, en identificar el nivel de dependencia de las personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada, en la ciudad de Ibarra.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de dependencia física de los pacientes que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra en el período 2022?

1.3. Justificación

El presente estudio tuvo como finalidad determinar el nivel de dependencia física en pacientes que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada (CATEPEC) para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra y es de trascendental importancia ya que, Ibarra carece de estudios que determinen el nivel de dependencia que existe en las personas con discapacidad.

Esta investigación fue viable, ya que contó con el apoyo de la Universidad Técnica del Norte y la colaboración de personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada, quienes mediante la firma del consentimiento informado aceptaron ser parte de este estudio. Así como la participación del investigador quien está completamente capacitado para aplicar los instrumentos y ejecutar la investigación.

Fue factible ya que la investigación se fundamentó en recursos bibliográficos que dieron mayor importancia al tema, se contó con recursos técnicos y tecnológicos, así como también con test validados que han sido usados en estudios aplicados a población latinoamericana, los cuales sirvieron para recolectar información confiable y necesaria para el desarrollo de esta investigación.

Los resultados de la investigación servirán como referente, tanto para los pacientes que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada, como para la comunidad académica, ya que pueden ser el punto de partida para futuras investigaciones que favorezcan el sustento del estudio de estas deficiencias las cuales se encuentran presentes por múltiples causas en personas con algún tipo de discapacidad.

Como beneficiarios directos tenemos a las personas con discapacidad del Centro de Atención Terapéutica Especializada en la ciudad de Ibarra, los cuales deseen conocer sobre el tema, así también el investigador que pondrá en práctica lo aprendido en su vida académica. Como beneficiarios indirectos tenemos a la carrera de Terapia Física Médica, y la sociedad en general quienes podrán acceder a la información en este documento.

El impacto de esta investigación va encaminado al área de la salud, puesto que se estableció un diagnóstico general de una población específica, ya que se da a conocer el nivel de dependencia que tienen los pacientes, siendo el punto de partida a futuros proyectos que mejoren la condición y la calidad de vida de las personas de este grupo vulnerable.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar el nivel de dependencia física en personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra en el período 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de la población de estudio según edad y género.
- Identificar las actividades de la vida diaria que tiene mayor dependencia de la población de estudio.
- Determinar el nivel de dependencia en las personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características de la población de estudio según edad, género?
- ¿Cuáles son las actividades de la vida diaria que tienen mayor dependencia de la población de estudio?
- ¿Cuál es el nivel de dependencia en las personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Discapacidad

La discapacidad es un concepto pendular y dinámico. A lo largo del tiempo se han asumido diferentes modelos que actualmente coexisten, entre ellos: el mágico-religioso, el médico o rehabilitador, el social y el biopsicosocial. Sin embargo, en el abordaje de las personas con discapacidad ha existido una hegemonía de los modelos médico y social. El primero, asume la discapacidad como un asunto biológico y, en consecuencia, la persona debe ser objeto de rehabilitación. El segundo, plantea que la discapacidad nace de la interacción entre la persona y un medio ambiente particular. El reto está en minimizar las limitaciones o desventajas que tiene la persona con discapacidad en la sociedad a la que pertenece (11).

Durante el siglo XXI, la discapacidad se ha puesto en la agenda internacional como un problema de salud pública, debido a su incremento mundial. Hoy se estima que el 15% de la población del planeta tiene alguna y, adicionalmente, peores condiciones de trabajo y salud. Para enfrentar las diversas dificultades que enfrentan las personas con discapacidad, se ha señalado que su abordaje sería adecuado y posible desde un enfoque de derechos humanos (12).

La discapacidad, desde el enfoque de capacidades y funcionamientos, se basa en la libertad de elegir que tienen las personas, y, con base a esto, se diferencia los funcionamientos que son cosas que las personas logran ser o hacer al vivir, entendidos estos como la situación en que se encuentran respecto a los recursos que adquieren por su trabajo o por el intercambio con otros seres humanos mientras que las capacidades se refieren a las posibilidades que tienen las personas de elegir funcionamientos valiosos para su vida (13).

A lo largo de la historia, se ha manejado una cantidad innumerable de conceptos acerca de la discapacidad, las personas con discapacidad y todo aquello que ronda en torno a

esta población; existen diferentes puntos de vista que enmarcan las aristas profesionales, las mismas que defienden sus conceptos acatando el enraizamiento científico del que forman parte y manifestándose por medio de componentes diversos, los mismos que han hecho evolucionar a dicho concepto hasta la actualidad (14).

La discapacidad es una condición de salud crónica e irreversible que no se soluciona con tratamientos clínicos o quirúrgicos, causando una limitación funcional significativa, permanente, objetiva y comprobable, para una o varias de las actividades de la vida diaria de una persona, que son habitualmente factibles de acuerdo con su edad, género, nivel educativo y entorno cultural (14).

La valoración de la discapacidad debe ser realizada generalmente luego de 6 meses de iniciado el proceso limitante; de ser este intermitente, deberá valorarse en el intermedio de las crisis. Se entiende como discapacidad a la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria (AVD) de una persona, actividades en las que dichas personas llegan a depender de otro ser humano para su mantenimiento, atención y cuidados (14).

2.1.1. Causas de la discapacidad

Las causas de la discapacidad pueden ser: prenatales, perinatales y postnatales.

Las causas prenatales, se presentan antes del nacimiento, en el momento que la niña o el niño se encuentra dentro del útero y se conforman por diversos factores, como los genéticos que se relacionan con los errores de transmisión de los genes desde el momento de la fecundación que dan como consecuencia aquellas deficiencias o alteraciones de origen genético que pueden ser hereditarias o no (15).

Factores relacionados con la madre como hábitos de alcoholismo, tabaquismo, consumo de otras drogas, ingesta de medicamentos contraindicados durante el embarazo, presencia de enfermedades crónicas, algunas infecciones virales, bacterianas o parasitarias, desnutrición, falta de control prenatal, o escasos cuidados en el embarazo, y los factores ambientales que tienen que ver con lesiones, infecciones dentro del útero,

intoxicaciones, exposición a radiaciones, o situaciones que afectan directamente al producto en gestación, es decir, que se encuentra en el salud periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento (15).

Las causas perinatales, se presentan desde el inicio del trabajo de parto hasta las 48 horas posteriores al nacimiento, dentro de estas se encuentran:

- Parto prematuro que se da antes del tiempo idóneo para el nacimiento.
- Los traumatismos o lesiones ocasionadas por accidentes.
- Exposición a agentes infecciosos o intoxicaciones.
- Complicaciones en el momento del parto como un trabajo de parto muy largo que pueda provocar hipoxia o anoxia, lo que significa que el bebé no respira lo suficiente o no respira durante el nacimiento.
- Accidentes con el cordón umbilical como doble circular de cordón, etc.
- Alteraciones de tipo inmunológico, en las que se ve afectado el proceso natural de defensa contra infecciones.
- Reacciones a medicamentos administrados en partos anómalos o complicados, entre otras (15).

Las causas postnatales, consideradas como causas adquiridas, situaciones que suceden posteriores al nacimiento y en las que intervienen principalmente dos factores:

- Factores ambientales: el contexto socioeconómico en el que se desarrollan los niños y sus familias puede ser una causa para adquirir una discapacidad, así como el abandono, la falta de estimulación, la falta de vigilancia que puede provocar accidentes, la falta de recursos para atender enfermedades que se pueden complicar, ambientes que afectan su desarrollo cognitivo, motor o socioemocional, entre otros (15).
- Factores biológicos: agentes infecciosos, traumatismos craneales, consecuencias de epilepsia o accidentes, mala alimentación (ya que impacta en el sano desarrollo y crecimiento de los niños), consecuencias de enfermedades, presencia

de trastornos que impliquen alteración en las funciones motoras, sensitivas o cognitivas, alteraciones específicas del desarrollo, etc. Las causas de la discapacidad se originan en diferentes momentos y por diferentes aspectos, también son el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos. Por lo que el contexto social es un factor determinante en la discapacidad (15).

2.1.2. Historia de la discapacidad

El concepto de discapacidad ha experimentado una extraordinaria evolución a lo largo de nuestra historia. Remontándonos muy atrás en el tiempo, en las culturas antiguas se asociaba a intervenciones de poderes sobrehumanos o castigos divinos, siendo una condición que generaba rechazo y aislamiento. Por fortuna, esta concepción fue cambiando paulatinamente. En el siglo XV la discapacidad se seculariza y aparecen las primeras instituciones denominadas manicomiales, como su propio nombre indica, desde un punto de vista discriminatorio, segregador y estigmatizante (16).

Ya en los albores del siglo XX se comienza a percibir la discapacidad desde un enfoque asistencial, el Estado se implica y se crean los primeros centros de educación especial, pero desde una perspectiva excesivamente paternalista, que refuerza la dependencia y las actitudes de discriminación social y laboral. Poco a poco, las personas con discapacidad van empoderándose y adquiriendo más presencia en la agenda política, aunque el camino por recorrer es aún inmenso. En España, en el año 1982 se produce un punto de inflexión con la aprobación de la LISMI (Ley de Integración Social del Minusválido), hoy llamada Ley General de la Discapacidad, que reconoce los derechos de las personas con discapacidad y establece, por primera vez, la obligatoriedad de incorporar un porcentaje no inferior al 2% de trabajadores con discapacidad en las empresas de más de 50 trabajadores (16).

Sin embargo, no es hasta la entrada en el segundo milenio (década 2000) cuando comienza a abandonarse la perspectiva asistencial y paternalista, que concibe a la persona con discapacidad como dependiente, inactiva e improductiva, para evolucionar

hacia un nuevo enfoque en el que la persona con discapacidad cuenta con habilidades, competencias, recursos y potencialidades, si se le brindan los apoyos necesarios (16).

En las últimas décadas estamos viendo un desarrollo importante, que va en ascenso, en los cambios que se están produciendo en nuestras sociedades occidentales respecto a las personas con discapacidad. Estos cambios, que se notan en todos los ámbitos, han supuesto una transformación en el propio modelo en que se estructura la forma de percibir y tratar a las personas con discapacidad en nuestras sociedades, pasándose de lo que se conoce como modelo rehabilitador al actual modelo social, que significa entender la cuestión de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, señalando cómo este modelo supone un progreso frente a los modelos anteriores: el de prescindencia, el de marginación y el rehabilitador (17).

Asimismo, la discapacidad en dicho periodo ha sido considerada una construcción sociocultural dentro de un discurso basado en derechos, inspirada por los movimientos sociales de la década de los setenta. Los activistas de la discapacidad enfrentan la tarea de recrear la cultura de la diferencia, celebrando la diferencia. Se plantean debates muy intensos sobre la relación entre conceptos de equidad, igualdad, diferencia, similitud y su relación con los debates de la discapacidad (17).

2.1.3. Clasificación de la discapacidad

La clasificación y subdivisión de las discapacidades, al igual que su conceptualización, ha ido evolucionando con el pasar del tiempo hasta la actualidad, donde nos encontramos con cuatro tipos de discapacidad, los mismos que se manifiestan en distintos grados e incluso llegando a afectar a una persona con varios tipos de manera simultánea, por lo que existe un amplio matiz y una extensa subclasificación. (18).

El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se aprobó la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud', con las siglas CIF, la misma que manifiesta la existencia de cuatro aristas que son: discapacidad

física, discapacidad cognitiva, discapacidad sensorial y discapacidad intelectual. CIF (18).

Se clasifica en:

Discapacidad Física: recibe el nombre de discapacidad física o motora a todo aquel tipo de limitación generada por la presencia de una problemática vinculada a una disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas, como por ejemplo la pérdida física de una extremidad o de su funcionalidad habitual (18).

Este tipo de discapacidad surge en el contexto de problemas medulares, accidentes de tráfico, traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica generadora de limitación física, amputaciones, malformaciones congénitas o accidentes cerebrovasculares (18).

Discapacidad Cognitiva: Las personas con discapacidad cognitiva son aquellas que presentan limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y/o en la habilidad para adaptarse a las diferentes situaciones de la vida diaria. Es clave señalar que la discapacidad cognitiva se manifiesta en interacción con las barreras que pueden estar presentes en el entorno, por lo que es necesario avanzar en la construcción de un mundo que permita la plena participación de este colectivo en todos los ámbitos de la vida (18).

Discapacidad Sensorial: La discapacidad sensorial hace referencia a la existencia de limitaciones derivadas de la existencia de deficiencias en alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno. Existen alteraciones en todos los sentidos, si bien las más conocidas son la discapacidad visual y la auditiva (18).

Discapacidad Intelectual: se manifiestan como retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria. Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino

también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etcétera (19).

2.1.4. Tipos de discapacidad

En la 54ª Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se aprobó la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud', con las siglas CIF. Ésta se divide en (20).

Discapacidades Físicas

Hace referencia a todos los trastornos y enfermedades que causan un deterioro tanto parcial como total de las habilidades o funcionamiento motor, incluyendo la parte superior y/o inferior del cuerpo (dificultades para caminar, dificultad en el mantenimiento o el cambio de posición, y en la manipulación o la realización de determinadas acciones). Algunas discapacidades motoras de origen cerebral también pueden causar dificultades para expresarse, sin deterioro de la capacidad mental (21).

Discapacidades Intelectuales

En cuanto a las discapacidades Intelectuales, estas representan una dificultad en la comprensión y una limitación de la velocidad de las funciones mentales en términos de la comprensión, el conocimiento y la percepción. Estas discapacidades ocurren en diferentes grados y pueden ser perjudiciales para el proceso de retención de conocimientos, la atención, la comunicación, la autonomía social y profesional, la estabilidad y el comportamiento emocional (21).

Discapacidades Psicosociales

Es la limitación de las personas que padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas o para ejercer sus Derechos Humanos. Se manifiesta a través de deficiencias o trastornos de la conciencia, comportamiento, razonamiento, estados de ánimo, afectividad, y/o comprensión de la

realidad irritabilidad, depresión, inestabilidad emocional crónica, esas deficiencias variarán según el nivel ya sea leve o moderado (21).

Discapacidades Sensoriales

Entre estas se incluyen:

Discapacidad visual: Se refiere a las personas ciegas y también, en la mayoría de los casos, a las personas con trastornos severos de la visión. En algunas profesiones una persona daltónica puede ser reconocida como una persona con discapacidad.

Discapacidad auditiva: La pérdida de audición total es poco frecuente pues, al igual que con la discapacidad visual, la mayoría de las personas con discapacidad auditiva tienen “audición residual” que puede ser mejorada gracias al impulso de los audífonos (21).

2.1.5. Áreas problemáticas de la discapacidad

- Educación: por lo general, los ministerios de educación no cuentan con estadísticas sobre la inscripción, deserción y el grado de escolaridad de los niños y adolescentes con discapacidad. En el caso de la educación superior, la situación es peor por las dificultades de movilidad para el transporte y por las barreras arquitectónicas. Todas las trabas educativas traen como consecuencia una menor integración social y una limitación de oportunidades en el mercado laboral y en el ingreso económico.
- Empleo: muchos países de la región no incluyen en sus censos datos sobre la población con discapacidad que forma parte del conjunto de la población económicamente activa.
- Accesibilidad y movilidad: las barreras arquitectónicas y urbanísticas son uno de los principales problemas que intensifican la dificultad de las personas con discapacidad para integrarse en el mercado laboral y en las actividades de la vida cotidiana.
- Asistencia médica: la falta de programas de prevención y detección temprana impide, en ocasiones, evitar la discapacidad o que se empeore. Además, la falta

de asistencia especializada perjudica a la persona con discapacidad en muchas ocasiones.

- **Legislación:** existe legislación específica en 62% de los países, cada país cuenta con una serie de normas y leyes propias que, directa o indirectamente, tratan el tema de la discapacidad. La legislación sobre las discapacidades ha ido evolucionando gracias a la preocupación de las propias personas con discapacidad y de las instituciones que les prestan servicios de atención, los consejos nacionales que tienen como función garantizar la aplicación de esas leyes y la creación de programas y actividades nacionales relacionada con el tema, y por último, las instituciones que establecen las políticas generales a nivel nacional. Cabe destacar el cambio paulatino de la terminología empleada en la legislación: desde términos como impedidos, disminuidos y minusválidos, hasta la incorporación y aceptación del término “discapacidad”, que es mas respetuoso y específico. También se puede observar la evolución del papel de Estado, desde las posiciones asistencialistas y proteccionistas, hasta dar paso a la participación activa, la autogestión y la participación comunitaria (22).

2.2. CIF

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social.

Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes (23).

La salud puede presentarse de forma negativa o positiva (el individuo padece o no una enfermedad o trastorno), pero está claro que, a efectos prácticos, la CIF es fundamentalmente útil para la valoración y descripción de «estados de salud» y, por lo tanto, de la forma negativa de salud (24).

Por lo tanto, y como ya se ha dicho, en el contexto de la salud:

- Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Deficiencias son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
- Actividades el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Restricciones en la Participación son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida (24).

2.2.1. Objetivos de la CIF

La clasificación tiene algunos objetivos y puede ser utilizada en varias disciplinas. Busca proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, establecer un lenguaje común para describirla y para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud,

investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria (25).

2.2.2. Estructura de la CIF

La CIF consta de tres componentes esenciales. El primer componente, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos y es la ausencia o alteración de estos lo que concebimos como «deficiencias» en funciones y estructuras. El segundo componente, actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las limitaciones de la actividad son las dificultades que tiene el individuo para realizar tales actividades. El tercer componente, participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y las restricciones de la participación son los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento (26).

Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. De ahí que la ecuación dinámica funcionamiento/discapacidad constituya el núcleo central del modelo CIF. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la impronta de los factores contextuales (26).

2.2.3. Funcionalidad de la CIF

- Estadística: encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información
- Investigación: para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales
- Clínica: en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la rehabilitación de los pacientes y en la evaluación de resultados

- Política social: en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas.
- Educación: para diseño del currículum, para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales (25).

2.3. Dependencia

El reconocimiento de la situación de dependencia supone que una persona necesita ayuda de otra para realizar las actividades básicas de la vida diaria (lavarse, comer, vestirse, etc.). Esta pérdida de autonomía se puede deber, por ejemplo, a una enfermedad o a una discapacidad (27).

La valoración de la dependencia es un trámite que reconoce el derecho de la persona con discapacidad a tener apoyos para ser autónoma. Este derecho está reconocido a nivel estatal, pero se aplica a través de las autonomías. Por eso, hay diferencias entre las comunidades autónomas para hacer la solicitud y recibir prestaciones y apoyos (27).

Para la obtención de la declaración de la dependencia, la valoración de la situación de dependencia se hace en base a los informes de salud y del entorno habitual, y la entrevista personal de evaluación llevada a cabo por profesionales cualificados, valoradores, que aplicarán el baremo de dependencia, junto con otros instrumentos complementarios de valoración (27).

Además, el certificado del grado de discapacidad y el reconocimiento de la situación de dependencia no son lo mismo. Para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia no es preciso disponer de un certificado del grado de discapacidad. Y el certificado del grado de discapacidad no te da acceso al reconocimiento de la situación de dependencia, y, por tanto, no tienes acceso a sus prestaciones. Y por supuesto, tener discapacidad no implica ser una persona en situación de dependencia (27).

En la guía de la ley de dependencia, sostiene que, el término dependencia significa estar bajo restricciones o sujetos a una cosa y/o a una persona quien brindará atención o cuidado parcial o total al usuario incapaz de realizar algunas o todas de las actividades

de la vida diaria, a causa de alguna enfermedad, discapacidad que padece una persona o simplemente la edad, junto a la pérdida o falta de la capacidad física, intelectual, visual, auditiva o psicosocial. De este modo, se puede categorizar a una persona como dependiente funcional cuando refleje las siguientes conjeturas (27):

En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero (27).

En el manual de clasificación de la discapacidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los niveles de dependencia están propuestos en porcentaje y en grado de dependencia de la siguiente manera (27):

- “hay dependencia 0- 4%
- Dependencia ligera 5 - 24%
- Dependencia moderada 25 - 49%
- Dependencia grave 50 - 74%
- Dependencia severa 75 - 95%
- Dependencia completa 96 -100%.

Se considera a una persona como independiente en sus actividades básicas de la vida diaria a partir de los 5 años (27).

2.4. Actividades de la vida diaria

Las actividades de la vida diaria son diferenciadas, o Asociación Americana de Terapia Ocupacional, en actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales (28).

Las actividades de la vida diaria básica o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo; por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria (28).

Las siguientes actividades, se encuentran dentro del grupo de las AVD, son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día. Podemos imaginar el problema que supone no realizarlas por uno mismo, bien por desidia, como puede ser en el caso de gente con problemas mentales o por imposibilidad, como en el caso de personas con discapacidad física (28).

2.4.1. Actividades básicas cotidianas de la vida diaria

Cuando se habla de AVDB, se toma en cuenta todas aquellas actividades que rutinariamente se las realiza en base a la dependencia y autonomía, entre las principales tenemos (28):

- a) Baño, ducha. Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
- b) Cuidado de la vejiga y los intestinos. Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
- c) Vestido. Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
- d) Comer. La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- e) Alimentación. Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- f) Movilidad funcional. Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
- g) Cuidado de las ayudas técnicas personales. Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.

- h) Higiene personal y aseo. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas. (25)
- i) Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
- j) Dormir/descanso. Periodo de inactividad, con un fin reparador
- k) Higiene del inodoro. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias (28).

Estas son las conocidas como AVD, y que como se ha dicho están destinadas al cuidado y calidad de vida de uno mismo (28).

2.4.2. Actividades instrumentales de la vida diaria

Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio (29).

En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, coger un autobús, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras. En general el párrafo hace referencia a ciertas actividades pero que mantienen un tinte cognitivo más complejo que las básicas (29).

Adaptabilidad

Se conoce como adaptabilidad, a la capacidad que tiene un individuo para adaptarse a un nuevo entorno, medio o situación; al ser seres sociales por naturaleza, el ser humano se ve obligado a adaptarse y a desarrollar esta capacidad para cumplir con su proceso de vida (29).

Las personas que son adaptables tienden a llevar una vida plena puesto que enfocan su atención en buscar soluciones a todo aquello que los aqueje con el fin de conseguir el bienestar necesario y la estabilidad para mantenerse y asociarse de buena manera con el entorno, dado lugar a la tolerancia, voluntad e inteligencia personal (29).

Entre los criterios más destacados sobre la adaptabilidad, Chiavenato dispone de un concepto muy conciso que manifiesta lo siguiente: Es la capacidad para resolver problemas y reaccionar de manera flexible a las exigencias cambiantes e inconstantes del ambiente (29).

2.5. Índice de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento basado en el observador ampliamente utilizado para evaluar la función física de los pacientes geriátricos. pacientes de rehabilitación. Es una escala ordinal que mide el desempeño real de 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD) como vestirse, moverse y arreglarse en el dominio de actividades de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. El IB se puede utilizar para múltiples propósitos clínicos, como determinar el grado de discapacidad, evaluar los efectos del tratamiento, el pronóstico (funcional), la planificación del alta y la identificación de las necesidades de atención domiciliaria. Se ha desarrollado una versión más corta con 5 ítems para disminuir la carga administrativa sin comprometer la calidad psicométrica. Aunque el IB de 5 ítems parece poseer cualidades psicométricas similares a las del original en pacientes de rehabilitación neurológica, surgieron algunos problemas con la confiabilidad y los efectos (30).

El índice de Barthel (IB), inicialmente se utilizó en 1995 en hospitales de Maryland para medir la capacidad funcional de pacientes crónicos que presentaban trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos, y la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. El IB fue uno de los intentos que inicialmente podían cuantificar el nivel de discapacidad en el área de rehabilitación, que aportó un fundamento científico a los resultados obtenidos, que podían revelar el progreso de los programas de rehabilitación, la obtención del índice es simple y de fácil interpretación (31).

Existen algunas referencias desde año de 1958 sobre el índice de Barthel, pero la primera publicación donde se describen los criterios para asignar las puntuaciones aparece en el año de 1965; actualmente es un instrumento muy utilizado al igual que sus variaciones, considerándose una escala adecuada para la valoración de las actividades de la vida diaria (31).

Las actividades de la vida diaria (AVD) seleccionadas para la escala no fueron seleccionadas a partir de un concepto o modelo específico, sino a través de la experiencia de profesionales de fisioterapia, enfermería y medicina; los que determinaron 10 criterios de evaluación que son; “comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina” (31).

La valoración asignada a cada actividad se encuentra relacionada con el tiempo empleado y la necesidad de ayuda para su realización, asignándose el valor de 0, 5 y 10 puntos, el rango global de la escala varía entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente), arrojando valores intermedios (31).

El promedio general varía entre 0 y 100, y cuanto más alta es la puntuación, más independiente es el paciente; un paciente que obtiene una puntuación de 100 es totalmente independiente, demostrando que tiene control urinario y fecal, se alimenta, se viste, se baña y se levanta de la cama por sí solo, además camina mínimo una cuadra y sube y baja gradas; condición que no indica que el paciente pueda vivir solo (31).

El índice de Barthel se ha empleado en varios estudios, uno de ellos es “el índice de Barthel como indicador de resultados hospitalarios con datos sanitarios de personas mayores”, donde se les evaluó por medio de la escala donde incluyeron en el análisis un total de 13.484 admisiones. La mortalidad hospitalaria, el alta segura y la estancia hospitalaria fueron mayores en los pacientes con dependencia grave que en los pacientes con dependencia leve/sin dependencia con un riesgo de muerte 12 veces mayor. Por lo tanto, el índice de Barthel se asoció fuertemente con la mortalidad hospitalaria, el

destino del alta y la estancia hospitalaria. Los costos de hospitalización, sin embargo, no se relacionaron con el deterioro funcional de los pacientes (32).

Metodología de validación de escala

La adaptación de las pruebas tiene el objetivo de permitir la comparación entre diferentes países sin discrepancias provocadas por el contexto, facilitando la aplicación en el idioma del mayor dominio y mejorando la imparcialidad de la evaluación, eliminando los sesgos de las puntuaciones y potenciando su validez, para lo que existen algunas directrices y metodologías. Las directrices del proceso de adaptación tienen el objeto de conseguir que el test tenga la mayor equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica con relación a la prueba original (33).

Directrices previas Inician con dos acciones que deben ser consideradas para una adecuada adaptación, la comprobación de la propiedad intelectual y el estudio de relevancia del constructo del test, por lo que son importantes los permisos legales para que el producto final sea autorizado y auténtico; además que la validez de la traducción del constructo debe alcanzar la equivalencia del test original en lo posible, donde existen varias metodologías que pueden garantizar que la traducción sea lo más precisa posible y se ajuste a la población de estudio (33).

Para considerar los factores lingüísticos y culturales es recomendable realizar traducciones independientes, para que estas sean valoradas por un comité mixto que analicen la versión adaptada. En una adecuada adaptación de una prueba es importante la concordancia, para lo que se aplica una prueba piloto aplicado a una muestra pequeña que brindara información para corregir el test o escala.

2.6. Centro de Atención Terapéutica Especializada CATEPED

El Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra CATEPED, en el centro se brindará terapia física y psicológica con personas especializadas, de forma gratuita, en especial para personas de escasos recursos económicos (34).

El centro brindará servicios de salud terapéutica para personas con discapacidad, de forma gratuita, priorizando a personas de escasos recursos, cuyo objetivo es facilitar la asistencia terapéutica, sin beneficios de lucro, además la fundación realizará capacitaciones constantes al personal municipal que forman parte del proyecto de discapacidad (34).

De la misma manera en el centro se brindará atención multidisciplinaria, como terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, atención psicológica y trabajo social, con fisioterapeutas y auxiliares especializados. Las terapias estarán dedicadas para personas que tienen un grado de discapacidad leve, moderado o severo (34).

En este sentido, se emprenderán terapias grupales e individuales. “Todo esto previo a una evaluación para diagnosticar el grado de discapacidad que tiene la persona y así determinar cómo hacer la terapia de acuerdo con su discapacidad o deficiencia cognitiva” (34).

Por otro lado, el centro contará con el apoyo de estudiantes extranjeros, quienes realizarán prácticas, llevando a cabo determinadas terapias, además del personal profesional del Municipio y la Fundación (34).

2.7. Marco Legal y Ético

2.7.1. Constitución de la República del Ecuador

Según la Constitución Nacional de la República del Ecuador, en el título II Derechos. Capítulo primero, principios de aplicación de los derechos. Sección séptima Salud.

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (35).

El objetivo de esta Ley es el de la atención al individuo sin discriminación de ningún tipo; mejorando la accesibilidad, preservando la equidad, aumentando

la información al ciudadano, mejorando el trato mediante la atención personalizada y potenciando los mecanismos para conocer la opinión de los usuarios (35).

Art. 358.- *El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (35).*

Art. 359. *El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social Constitución de La República del Ecuador, (2008). Este artículo manifiesta la responsabilidad del Estado de implementar los mecanismos para desarrollar un mejor sistema de salud (35).*

Art. 360.- *El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (35).*

Art. 363. El Estado será responsable de:

1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (35).*
2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
3. *Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud*
4. *Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales (35).*
8. *Promover el desarrollo integral del personal de salud Constitución de La República del Ecuador, (2008). A través de la revisión de estas normativas se defiende los derechos de los usuarios de los servicios de salud para recibir una atención integral (35).*

2.7.2. Plan Nacional de Desarrollo 2021 – 2025

La población accede a un servicio de salud de calidad en todo el territorio. Se priorizan esfuerzos hacia la salud preventiva que contemplan la erradicación de la DCI, la disminución de la mortalidad infantil y de la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y tropicales transmisibles (36).

Se fomenta la nutrición saludable y la disminución en los niveles de sedentarismo por el incremento de la actividad física y la práctica deportiva. En consecuencia, se reduce la incidencia de sobrepeso, obesidad y mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles asociadas. Como parte del ámbito social, se desarrollan programas integrales para la promoción de la salud mental y se observa una reducción importante en el consumo y abuso de sustancias adictivas, incluyendo alcohol y tabaco, especialmente entre la niñez y juventud (36).

Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad

La OMS define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a: hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, DCI, superación de adicciones y acceso universal a las vacunas. Adicionalmente, en los próximos cuatro años se impulsarán como prioridades gubernamentales acciones como la Estrategia Nacional de Primera Infancia para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil: Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, que tiene como finalidad disminuir de manera

sostenible la desnutrición y/o malnutrición infantil que afecta a 1 de 4 menores de 5 años en el país.

Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano con lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las todas las capacidades del individuo (36).

2.7.3. Ley Orgánica de Salud Del derecho a la Salud y su Protección.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (37)

Art. 3. - La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (37)

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

No experimental

La presente investigación tiene un diseño no experimental ya que se la realizó sin manipular deliberadamente las variables, observándose y analizando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para finalmente ser analizados (38).

Corte Transversal

Los datos serán tomados en un momento específico, facilitando la descripción de los hallazgos que corresponde al nivel de dependencia física en personas con discapacidad (38).

3.2. Tipo de investigación

Cuantitativo

Se usó este tipo de investigación estableciendo relación entre los datos recopilados que se obtuvieron mediante la encuesta e instrumento que identificará el nivel de dependencia física en personas con discapacidad y también se empleó el método cuantitativo para la utilización de datos numéricos para realizar de forma sistemática, organizada y estructurada la investigación (39).

Descriptiva

Porque se busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población, información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, y su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas, por lo tanto, se

describieron el nivel de dependencia física en personas con discapacidad y en sus actividades de la vida diaria lo cual se realizó en un período, lugar y tiempo determinado (40).

3.3. Localización y Ubicación del estudio

El Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra, en las calles Tobías Mena y Gral. Julio Andrade.

3.3.1. Población de estudio.

Al Centro de Atención Terapéutica Especializada acuden 60 personas con discapacidad; en base a los criterios de inclusión y exclusión se estableció una población de 30 personas con discapacidad.

3.3.2. Criterios de Inclusión

- Pacientes con discapacidad que acuden en forma constante al Centro de Atención Terapéutica Especializada de la ciudad de Ibarra.
- Pacientes con discapacidad de 12 a 60 años o más.
- Pacientes que puedan comprender y responder al cuestionario

3.3.3. Criterios de Exclusión

- Pacientes no firmen el consentimiento informado
- Pacientes que no acudan al servicio el día de la evaluación

3.4. Operacionalización de las variables

3.4.1. Variable de caracterización

Variable	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cualitativa Ordinal Politómica	Grupo de edad	Adolescencia Adultez temprana Adultez Vejez	12 a 18 años 19 a 26 años 27 a 59 años Mas de 60 años	Ficha de datos personales	Según la Real Academia Española RAE, edad se define como el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (41).
Género	Cualitativa Nominal Politómica	Género	Definición de género	Femenino Masculino LGTBI		El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (42).

3.4.2 Variable de interés

VARIABLES DE INTERÉS	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	DEFINICIÓN
Actividades de la vida diaria		Comer	Necesita ayuda	0		Son actividades que se enfocan en analizar la forma como llevan situaciones de autocuidado, movilidad funcional y e incluso el uso de las ayudas técnicas personales (43)
			Dependiente	5		
			Independiente	10		
		Aseo Personal	Dependiente	0		
			Independiente	5		
		Vestirse y desvestirse	Necesita Ayuda	0		
			Dependiente	5		
			Independiente	10		
		Arreglo	Dependiente.	0		

		Independiente	5	Índice de Barthel
Deposición		Incontinente	0	
		Accidente ocasional	5	
		Independiente	10	
Micción		Incontinente	0	
		Accidente ocasional	5	
		Independiente	10	
Ir al retrete		Incontinente	0	
		Accidente ocasional	5	
		Independiente	10	
Transferencia o traslado cama-sillón		Dependiente	0	
		Mínima ayuda	5	

			Gran ayuda	10	
			Independiente	15	
		Deambulaci3n	Necesita Ayuda	0	
			Dependiente	5	
			Independiente	10	
		Subir y bajar gradas	Necesita Ayuda	0	
			Dependiente	5	
			Independiente	10	
Nivel de Dependencia	Cuantitativa Ordinal Polit3mica	Niveles de dependencia	Total	-20	Conjunto de acciones para realizar la ejecuci3n de las actividades su vida habitual o autocuidado y le proporcionan independencia sin precisar ayuda ajena (44)
			Grave	20-35	
			Moderada	45-55	
			Leve	-60	
			Independiente	100	

3.5. Métodos y técnicas para la recolección de la información

3.5.1. Métodos teóricos

- **Método inductivo**

Este método es muy basado en la observación de los hechos, en el caso de este trabajo investigativo es importante resaltar que la observación es un pilar muy importante ya que los instrumentos de valoración al paciente necesitan mucho de este aspecto para posteriormente poder hacer análisis de resultados y llegar a conclusiones; la inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, es decir para llegar a una conclusión (45).

- **Método bibliográfico**

Este método implica consultar y obtener bibliografía relevante para el desarrollo del estudio, es importante ya que desde el principio se utilizó en la búsqueda de estudios realizados anteriormente, libros y artículos que sirvan de ayuda para el desarrollo del marco teórico (45).

- **Método analítico**

El método analítico permitió separar o extraer por partes ciertas características con el objetivo de analizar detalladamente cada aspecto y determinar las causas, efectos y relaciones entre las mismas (45).

3.5.2. Técnicas

- **Cuestionario:** es una búsqueda sistemática de información en la cual el investigador realiza una serie de preguntas a los investigados sobre datos que desea obtener conocer (45).

3.5.3. Instrumentos

Para realizar el estudio se utilizó las siguientes técnicas para la recolección de datos:

- **Ficha de Recolección de datos**

Es un instrumento con preguntas abiertas y cerradas con la finalidad de obtener los datos necesarios por el investigador sobre las personas con discapacidad que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra (45).

- **Test de Barthel**

El Test de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), con fiabilidad. Posee una buena reproducibilidad Inter observador, encontrándose en numerosos estudios con coeficientes superiores al 0,73 y 0,98 (46) (47) (48)

3.6. Análisis de datos

3.6.1. Procedimiento de la investigación

El procedimiento para la aplicación del cuestionario e instrumento de evaluación se iniciará mediante la colaboración de las personas que acuden al Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra, que tengan la facilidad de proporcionarnos un poco de su tiempo para la realización a través de una ficha de recolección de datos y poder manejar los datos de una manera ordenada y eficaz para el momento de su obtención.

Con los datos obtenidos se generó una base de datos en el programa de ofimática de Windows, Excel 2019, se la elaboró una base de datos con la información recolectada y se procesó la información de las variables cualitativas presentadas en frecuencias y porcentajes.

CAPÍTULO IV

4. Análisis e interpretación de datos

Tabla 1.

Distribución de la población de estudio según edad 26 a 59 años

	Frecuencia	Porcentaje
Edades		
12- 18 años	6	20%
19- 26 años	6	20%
27 -59 años	11	37%
60 años a mas	7	23%
Total	30	100%

En la población de estudio podemos observar que el rango de edad predominante son los de 27 a 59 años con el 37% seguido por los rangos de 60 años a más con el 23%, de 12 a 18 años con el 20%, y finalmente con el 20% los de rango de edades de 19 a 26 años.

Datos similares a los encontrados en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador, donde el 40% está entre los 25 a 49 años, seguido de un 25 % de personas mayores a los 65 años (49).

Tabla 2.

Distribución de la población de estudio según el género

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	16	53%
	Femenino	14	47%
	Total	30	100%

En los datos obtenidos a través de la ficha de datos personales podemos decir que, el género correspondiente al masculino representa el 53% siendo este el género que tiene un mayor número de participantes en la investigación., mientras que el 47% pertenece al femenino.

Cifras que guardan relación con el estudio denominado “Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física” que se realizó en Lima-Perú en el año 2019, donde predominó el género masculino con el 73,3% sobre el femenino con un 26,7% al igual que el presente estudio (50).

Tabla 3.*Actividades de la vida diaria que tienen mayor dependencia*

		Frecuencia	Porcentaje
Comida	Dependiente	6	20%
	Independiente	5	16,7%
	Necesita ayuda	19	63,3%
Aseo Personal	Dependiente	16	53,3%
	Independiente	14	46,7%
Vestirse o desvestirse	Dependiente	6	20%
	Independiente	7	23,3%
	Necesita ayuda	17	56,7%
Arreglo	Dependiente	14	46,7%
	Independiente	16	53,3%
Deposición	Accidente ocasional	5	16,7%
	Continente	22	73,3%
	Incontinente	3	10%
Micción	Accidente ocasional	6	20%
	Continente	22	73,3%
	Incontinente	2	6,7%
Ir al retrete	Dependiente	8	26,7%
	Independiente	13	43,3%
	Necesita ayuda	9	30%
Transferencia traslado cama/sillón	Dependiente	2	6,7%
	Gran ayuda	6	20%
	Independiente	18	60%
	Mínima ayuda	4	13,3%

Deambulaci3n	Dependiente	6	20%
	Independiente	16	53,3%
	Independiente en silla de ruedas	1	3,3%
	Necesita ayuda	7	23,3%
Subir y bajar escaleras	Dependiente	9	30%
	Independiente	10	33,3%
	Necesita ayuda	11	36,7%

Se analizaron las actividades de la vida diaria dependientes: con mayor porcentaje, se encontr3 un nivel de dependencia en el aseo personal con un 53%; seguido de un 20% de dependencia para comer y un 63,3% necesitan ayuda para realizar esta actividad. En relaci3n con la capacidad de vestirse o desvestirse, el 56,7%, necesitan ayuda para este tipo de actividad y el 20% dependen de un familiar para su ejecuci3n.

La discapacidad puede ocasionar una dependencia funcional hacia sus cuidadores, sobre todo en las actividades de autocuidado como comer, vestirse y bañarse, datos similares a los encontrados, en el estudio Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Per3: an3lisis de la ENSSA-2015, donde estas acciones est3n altamente comprometidas con una diferencia significativa importante $>0,001$ (51).

Los pacientes estudiados son continentes en su mayor3a en las funciones deposici3n, micci3n con un 73,3%, y resultan ser independientes para ir al retrete con un 43%, 3nicamente un 26,7% necesitan ayuda.

Resultados similares al estudio que tuvo finalidad determinar el grado de dependencia funcional y su influencia en el autocuidado en personas con discapacidad f3sica del Centro de Salud San Jos3 de Anc3n de Santa Elena en 2021, en donde m3s del 50% son continentes en las acciones de deposici3n y micci3n. (52).

En cuanto a los traslados cama sillón, la población estudiada, es independiente en su mayoría con un 60% y solo un 20% necesitan gran ayuda para su ejecución. En la deambulaci3n, son independientes en un 53,3% con niveles de dependencia con un 20%; al subir y bajar gradas son dependientes en un 30%.

Datos similares a los encontrados en el estudio, Fisioterapia y uso de la Clasificaci3n Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: estudio exploratorio de la participaci3n social tras ictus, donde los estudiados son independientes para la marcha en un 53%, pues la movilidad, las transferencias y la caminata, otorga a las personas con discapacidad f3sica, independencia funcional, necesitando en menor o mayor grado asistencia por parte de sus cuidadores (53).

Tabla 4.

Distribución de la población de estudio según el grado de dependencia funcional

		Frecuencia	Porcentaje
	Ligera	12	40%
Grado de	Moderada	9	30%
dependencia	Severa	8	26,7%
funcional	Grave	1	3,3%
	Total	30	100%

Los resultados en cuanto a la evaluación del grado de dependencia funcional de los sujetos de estudio indican que, el 40% corresponde a la valoración de dependencia ligera, seguido por el 30% la valoración de dependencia moderada, el 26,7% a la valoración de dependencia severa y finalmente la valoración de dependencia grave con el porcentaje del 3,3%.

Datos que discrepan al estudio realizado en Asunción-Paraguay en 2019, denominado “Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá” demuestra que el 24% representan a la dependencia severa, el 32% a la dependencia moderada y la dependencia ligera correspondiente a 5% de la población de personas con discapacidad (54).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cuáles son las características de la población de estudio según edad, género?

La caracterización de los sujetos de estudio, después de la recolección de datos mostró un predominio de población perteneciente al rango de edades 27 a 59 años, con el 37%, seguidos con el 23% los pacientes con 60 años a más, los rangos de 19 a 26 años con el 20%, y finalmente los pacientes de 12 a 18 años con el 20% respectivamente. La mayoría de la población pertenece al género masculino con el 53% y el 47% corresponde al femenino.

¿Cuáles son las actividades de la vida diaria que tiene mayor dependencia de la población de estudio?

Se organizó la respuesta por actividad:

- Actividades Básicas de la vida diaria: Comer

El parámetro sobresaliente en la actividad de comer, es el 63,3% que corresponden a personas necesitan ayuda para utilizar los instrumentos de comida, considerándose como el grado de dependencia intermedio, seguido por 20% que corresponde a las personas que son incapaces de comer por sí solos, es decir son dependientes, y finalmente con el 17,7% los que son capaces de utilizar los instrumentos de comida además pueden cortar, extender mantequilla, usar condimentos, es decir, estas personas son independientes y no obstaculizan esta actividad.

- Actividades Básicas de la vida diaria: Aseo Personal

Se puede evidenciar que el 53,3% de los encuestados necesitan ayuda con el aseo personal, es decir, estas personas son totalmente dependientes, dado el caso, en la entrevista quién manifestaba que realizaba el aseo era el familiar y la persona encuestada afirmaba. Como se muestra en este ítem el 46,7% son independientes para peinarse,

afeitarse, lavarse la cara, las manos y los dientes, puesto que, es una actividad esencial que algunas de ellas se dan varias veces al día.

- Actividad Básica de la vida diaria: Vestirse o desvestirse

En relación con la capacidad de vestirse o desvestirse, el 56,7% que necesitan ayuda para este tipo de actividad, seguido por el 23,3% son independientes, es decir, pueden abrochar botones, utilizar cremalleras, cierres y cordones, de manera que no afectan totalmente sus actividades de la vida diaria, y finalmente el 20% dependen de un familiar para realizar esta actividad.

- Actividad Básica de la vida diaria: Arreglo

En relación con la capacidad de arreglarse el 53,3% son independientes, es decir, pueden realizar todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona, seguido por el 46,7% dependen de un familiar para realizar esta actividad.

- Actividad Básica de la vida diaria: Deposición

Se evalúa el control de heces de las personas con discapacidad física, con porcentajes similares del 73,3% tienen la capacidad de contener la evacuación intestinal, según este grupo de personas referían no presentar molestias de incontinencia, sin embargo, dependiendo de la alimentación solo unos días presentan estreñimiento, pero lo compensan con la ingesta de líquidos y se regula el tránsito intestinal, seguido con el 16,7% con tipo de accidente ocasional, y con el 10% presentan incontinencia, normalmente mencionaban los cuidadores de las personas de estudio que, en el transcurso de algunos días presentan goteo de heces líquidas o semilíquidas con la necesidad de utilizar pañales prudenciales.

- Actividad Básica de la vida diaria: Micción

Se valora el control de orina obteniendo 73,3% son capaces de tener continencia urinaria durante al menos 7 días, de aquello, el 20% manifiestan tener un accidente ocasional sea

máximo uno por 24 horas, se presencia que algunas personas con discapacidad grave utilizan sonda vesical además por sí solos no pueden cambiar la bolsa recolectora dado que algunos son no ambulatorios, y el 6,7% presentan incontinencia urinaria.

- Actividad Básica de la vida diaria: Ir al retrete

Considerando el eje ir al retrete, el 43,3% son independientes de las que, pueden entrar y salir del baño además de limpiarse y vestirse, seguido por el 30% que necesitan parcialmente ayuda, demostrando que, pueden hacer la mitad de esta actividad por sí mismos, la explicación recibida de los encuestados es que, ellos pueden asearse, vestirse, pero un número considerable mencionan que necesitan ayuda para el traslado, que incluye el levantamiento corporal del retrete y la salida del baño, y finalmente con el 26,7% son dependientes.

- Actividad Básica de la vida diaria: Transferencia traslado cama/sillón

En cuanto a la opción de traslado entre cama/sillón, el 60% son independientes; el 20% necesitan gran ayuda y que necesitan ayuda de una tercera persona para poder lograr, estabilizarse, dar un paso y sentarse en la cama, a diferencia del 13,3% que necesitan un poco de ayuda sea física o verbal, la mayoría manifestaban sentirse inseguros por sí solos y el temor a tener una caída que complique su estado. El 6,7% necesitan ayuda importante y apoyarse en silla de ruedas ya que todos son catalogados con discapacidad física muy grave.

- Actividad Básica de la vida diaria: Deambulación

En el sentido de la opción de deambulación, el 53,3% son independientes, al menos 50 metros pueden caminar con cualquier tipo de muleta excepto andador, el 23,3%, necesitan ayuda, del mismo modo, el 20% son dependientes de una tercera persona para ejecutar esta actividad, y el 3,3% son independientes en silla de ruedas a 50 metros, pero esto no impide que estas personas puedan movilizarse en su silla de ruedas siempre sea con la debida precaución.

- Actividad Básica de la vida diaria: Subir y bajar escaleras

Con respecto a los datos obtenidos en este punto, el 36,7% que necesitan ayuda física o verbal de su cuidador y pueden llevar cualquier tipo de muleta, seguido por el 33,3% son independientes de subir y bajar escaleras, y finalmente con el 30% son incapaces correspondientes a las personas dependientes

¿Cuál es el nivel de dependencia en las personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra?

Dentro del análisis expuesto mediante el instrumento usado como es el Índice de Barthel se identificó el grado de dependencia funcional con el 40% corresponde a la valoración de dependencia ligera, seguido por el 30% la valoración de dependencia moderada, el 26,7% a la valoración de dependencia severa y finalmente la valoración de dependencia grave con el porcentaje del 3,3%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de los sujetos de estudio muestra que la edad a la que pertenecen la mayor parte de los pacientes es el rango de 27 a 59 años, el género que predomina es el masculino.
- Las actividades de la vida diaria con mayor dependencia son: el aseo personal, el comer y la capacidad de vestirse y desvestirse, sin embargo, son continentes a la micción y deposición y como fortaleza resultan ser independientes para ir al retrete, los traslados cama-sillón, la deambulaci3n y al subir y bajar gradadas.
- El nivel de dependencia funcional de los evaluados es de tipo ligera en su mayoría, seguido de una dependencia moderada y menor proporci3n una dependencia de tipo severa.

5.2. Recomendaciones

- Socializar los resultados encontrados en centro CATEPED, con el fin de que puedan establecer estrategias de intervención en los pacientes que les permitan mejorar aquellas actividades de la vida diaria catalogadas con mayor dependencia.
- Realizar una evaluación fisioterapéutica, a cada paciente analizando las dimensiones comprometidas, las barreras y facilitadores que pueden influir sobre la funcionalidad e independencia en la ejecución de sus acciones y el nivel de integración a la sociedad.
- Promover el trabajo interdisciplinario en los pacientes, pues la necesidad de un médico, nutricionista, psicólogo y fisioterapeuta es necesaria en el proceso de inclusión a la sociedad, facilitando el alcance de una vida digna que les permita desenvolverse con sus capacidades y deficiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades. [Online].; 2014 [cited 2022 julio 8. Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud. [Online].; 2019 [cited 2022 julio 4. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
3. González-Rodríguez R. Discapacidad vs Dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Revista Index de Enfermería. 2017 julio-septiembre; 26(3).
4. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 abril; 54(2): p. 166-176.
5. Athayde F, Viana E, Corrêa A. Influência ambiental sobre a incapacidade física: uma revisão sistemática da literatura. Revisão • Ciênc. saúde colet. 2017 noviembre; 22(11): p. 3645-3652.
6. Hollis N, Zhang Q, Cyrus A, Courtney-Long E, Watson K, Carroll D. Physical activity types among US adults with mobility disability, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2017. Disabil Health J. 2020 julio; 13(3): p. 100888.
7. CEPAL. Discapacidad en América Latina y el Caribe, desafíos para las políticas públicas. [Online].; 2012 [cited 2022 julio 8. Available from: <https://www.cepal.org/notas/74/Titulares2>.

8. CONADIS. Registro Nacional de discapacidades. [Online].; 2014 [cited 2022 julio 6. Available from: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf.
9. Yanez C, Potosí V. Implementaciones de ayudas técnicas como norma de rehabilitación en personas con discapacidad física dela Parroquia Eugenio Espejo en los sectores: Calpaquí, Arias Pamba, Chchuqupi, Mojandita, de Avelino y Puerto Alegre del cantón Otavalo, provincia de. 2019. Tesis de pregrado-Universidad Técnica del Norte.
- 10 Pérez-Ramírez B. De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad . psicosocial a partir de una intervención situada. Inter disciplina. 2021; 9(25): p. 233-256.
- 11 Gómez N, Restrepo D, Gañan J, Cardona D. La discapacidad desde los enfoques de . derechos y capacidades y su relación con la salud pública. Gerencia y Políticas de Salud. 2018; 17(35): p. 1-40.
- 12 OMS. Plan de acción mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre . discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. Ginebra:, Organización Mundial de la Salud; 2014.
- 13 Nussbaum S. La calidad de vida México: The United Nations University; 2004.
- 14 Herrera-Castanedo S, Vázquez-Barquero J, Gaité Pindado L. International . Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) Santander: Elseiver SI; 2016.
- 15 Gómez R. Discapacidades en la infancia. Madrid: Universidad Complutense de . Madrid, Hospital Universitario Clínico San Carlos Facultad de Medicina. ; 2021.

- 16 Fundación ADECCO. ¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural. [Online].; 2018 [cited 2022 julio 19. Available from: <https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>.
- 17 Maldonado V. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. 2013; 46(138).
- 18 Castellero O. Los 6 tipos de discapacidad y sus características. [Online].; 2018 [cited 2022 julio 18. Available from: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-discapacidad>.
- 19 INEGI. Clasificación de tipo discapacidad. ; 2005.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2022 julio 18. Available from: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf?fbclid=IwAR0-u4B8rHNduDvDrKTJXE7exxKXeUFrL9_DlJnsHb_wRPSH9jtLDcga5U.
- 21 Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica. Guía sobre Discapacidad y Desarrollo. [Online].; 2016 [cited 2022 julio 18. Available from: https://www.cocemfe.es/cooperacion/images/pdf/Guia_discapacidad_y_desarrollo_COCEMFE.pdf?fbclid=IwAR2GhwevISiwBt6kYLZKpaQzUiDwwLOipEoeDtEYpQ0HQVrZSbBsrJ9CChM.
- 22 Amate A, Vásquez A. Discapacidad lo que todos debemos saber: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
- 23 Fernández J. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública. 2009; 83(6): p. 775-783.

- 24 Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre la discapacidad. Madrid: OMS; . 2001.
- 25 Chana P, Alburquerque D. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la . Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2006; 44(2): p. 89-97.
- 26 Fernández M, Fernández JA, Alarcos C. Los conceptos de calidad de vida, salud y . bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública. 2010; 84(2): p. 169-184.
- 27 Conde L. Los cuidados a personas con dependencia. I ed. Barcelona Ud, editor. . Barcelona: Universitat de Barcelona; 2011.
- 28 Terrón S. Terapia ocupacional: entrenamiento de las actividades de la vida diaria en . el domicilio. [Online].; 2019 [cited 2022 julio 18. Available from: <https://www.geriaticarea.com/2019/10/19/terapia-ocupacional-entrenamiento-de-las-actividades-de-la-vida-diaria-en-el-domicilio/>.
- 29 Neuro Rioja. Actividades de la Vida Diaria Instrumentales. [Online].; 2016 [cited . 2022 julio 19. Available from: <http://neurorioja.com/las-nuevas-tecnologias-nos-ayudan-en-la-rehabilitacion-del-dca/>.
- 30 Bouwstra H, Smith B, Wattel E, Van der Wouden J, Hertogh C, Terluin B, et al. . Propiedades de Medición del Índice de Barthel en Rehabilitación Geriátrica. Revista de la Asociación Estadounidense de Directores Médicos. 2018.
- 31 Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la . evaluación funcional y la rehabilitación. Revista Plasticidad y Restauración Neurológica. 2018 julio 30; 18(15): p. 257.
- 32 Ocagli H, Cella S, Degan C. The Barthel index as an indicator of hospital outcomes:

- . A retrospective cross-sectional study with healthcare data from older people. *Revista de Enfermería Avanzada*. 2021 abril; 77(4).
- 33 García J. Entrenamiento en estrategias de aprendizaje de inglés como lengua extranjera en un contexto de aprendizaje combinado. *Revista Nebrija*. 2011; 8(8): p. 18-41.
- 34 Diario La Hora. Nuevo centro de rehabilitación para personas con discapacidad. [Online].; 2017 [cited 2022 julio 22. Available from: <https://www.lahora.com.ec/noticias/nuevo-centro-de-rehabilitacion-para-personas-con-discapacidad/>.
- 35 Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2018. . modificado.
- 36 Merchán J. Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025. 2021..
- .
- 37 Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Organica de Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 . septiembre 4. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/resoluci%C3%B3n-Nro.-04-682-2018.pdf>.
- 38 Cazau P. Introducción a la investigación en ciencias sociales. Tercera edición ed. . Nuski , editor. Buenos Aires: Rundi; 2016.
- 39 Cadena P, Rendón R, Aguilar J. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2017 sept; 8(7).
- 40 Cienfuegos M, Cienfuegos A. Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un . apoyo a su enseñanza. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo*

- Educativo. 2016 diciembre; 7(13): p. 83-94.
- 41 Real Academia Española. Edad. [Online].; 2020 [cited 2020 septiembre 11. Available from: <https://dle.rae.es/edad>.
- 42 Organización Mundial de la Salud. Género y salud. [Online].; 2018 [cited 2020 septiembre 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- 43 NeuronUP. euronUP, aplicación de rehabilitación y estimulación cognitiva para profesionales. [Online].; 2022 [cited 2022 19 septiembre. Available from: <https://www.neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-de-la-vida-diaria-avds/actividades-de-la-vida-diaria-avds-definicion-clasificacion-y-ejercicios/#:~:text=Las%20actividades%20b%C3%A1sicas%20de%20la,de%20las%20ayudas%20t%C3%A9cnicas%20>.
- 44 González R. Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index Enferm. 2017 jul; 6(3): p. 170-174.
- 45 Hernández-Sampieri R. Metodología de la Investigación. Sexta ed. ed. México : McGraw Hill; 2014.
- 46 Ministerio de Inclusión Económica y Social. índice de Barthel - Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria. [Online].; 2019 [cited 2022 julio 29. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3a-I%CC%81NDICE-DE-BARTHEL.pdf>.
- 47 Morales L, Rotela C. Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá. Rev. An. Fac. Cienc. Méd. 2019 oct; 52(3).
- 48 González L, Fernández E, Sánchez C. Estudio sobre la relación entre la dependencia funcional y la percepción de afectación de las extremidades superiores en pacientes

- con ictus a través de las herramientas de valoración dash e índice de barthel. Revista TOG. 2018 nov; 15(28).
- 49 Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Personas con Discapacidad . Registradas en el Ecuador. Resumen estadístico. Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades; 2018.
- 50 Escajadillo K, León M, Rojas-Vilca J. Calidad de vida en personas con discapacidad . física que practican actividad física. Rev Hered Rehab. 2019 sept; 2(40).
- 51 Ramirez-Ramirez R, Soto-Becerra P. Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo . 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Perú: análisis de la ENSSA-2015. Acta méd. Peru. 2020 oct-dic; 37(4): p. 426-436.
- 52 Gonzalez N, Fariño J. Grado de dependencia funcional y su influencia en el . autocuidado en personas con discapacidad física del centro de salud San José de Ancón, Santa Elena. 2021. Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2021 agosto; 2(4).
- 53 Lorenzo-Muñoz A, Chillón-Martínez R, Jiménez-Rejan J. Fisioterapia y uso de la . Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: estudio exploratorio de la participación social tras ictus. 2020 may..
- 54 Morales L, Rotela C. Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá. Rev. An. . Fac. Cienc. Méd. 2019 octubre; 52(3): p. 69-76.
- 55 Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017- . 2021-Toda una Vida. Quito: Consejo Nacional de Planificación , Senplades; 2017.

ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del Concejo Directivo



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001-073-CEAACES-2013-13
Ibarra-Ecuador
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución N. 278-CD
Ibarra, 30 de mayo de 2022

Msc.
Marcela Baquero
COORDINADORA CARRERA DE FISIOTERAPIA

Señora/la Coordinadora:

El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria realizada el 25 de mayo de 2022, conoció oficios N° 736-D suscrito por magister Rocio Castillo Decana, y oficio N. 076-CATFM suscrito por magister Marcela Baquero Coordinadora carrera de Fisioterapia en el que se pone a consideración para la aprobación correspondiente de los Anteproyectos de Trabajo de Grado de los estudiantes de la carrera, y amparados en el Art. 44 literal g) del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica del Norte, **RESUELVE.-** Aprobar los Anteproyectos de los estudiantes de la carrera de Fisioterapia; de acuerdo al siguiente detalle:

N°	ESTUDIANTE	TEMA DEL PROYECTO DE TESIS	DIRECTOR DE TESIS
1	GUEVARA PEREZ ROMEL HIPOLITO	NIVEL DE DEPENDENCIA FISICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION TERAPEUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO 2022	MSC JUAN VASQUEZ
2	CALDERON VELASQUEZ EVELLYNG JULIETH	FORMA FISCA Y FATIGA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA ESCUELA DE FUTBOL 5 DE JUNIO DE LA CIUDAD DE TULCAN 2022	MSC KATHERINE ESPARZA

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Dr. Jorge Guevara E.

SECRETARIO JURIDICO

Copia. Decanato



30.05/2022

Misión Institucional:
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social

Anexo 2. Oficio de Autorización del estudio por parte del Centro de Atención Terapéutica Especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13
Ibarra - Ecuador
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 14 de junio 2022
Oficio 896 D-FCS-UTN

Magister
Andrea Scacco
ALCALDESA DE LA CIUDAD DE IBARRA

Handwritten signature and date: Ibarra, 14 de junio 2022

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxito en su función.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso al señor estudiante de la Carrera de Terapia Física Médica Sr. ROMEL HIPOLITO GUEVARA PÉREZ, con el fin de aplicar un test a las personas con discapacidad que acuden al CENTRO CATEPED, de la ciudad de Ibarra para desarrollar el trabajo de tesis con el tema: "Nivel de dependencia física en personas que acuden al centro de atención terapéutica especializada para personas con discapacidad en la ciudad de Ibarra, en el periodo 2022." como requisito previo a la obtención del título de Terapia Física Médica.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Se adjunta ficha técnica del proyecto.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Handwritten signature: Mg. Wjdmak Bález Morales



Mg. Wjdmak Bález Morales MD.
DECANO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec

Handwritten note: D. B. Lorenzo y Abuelo coordinador e informar 4/07/2022

Handwritten note: R 4/07/2022 81431

MISIÓN INSTITUCIONAL
"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Ciudadela Universitaria Barro El Oñivo
Telefax: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 3: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA FÍSICA MÉDICA

"NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERÍODO, 2022"

Yo (nombre),..... en forma voluntaria consiento a que el Sr. Romel Hipólito Guevara Pérez, estudiante egresado de la carrera de Terapia Física , realice el levantamiento de información a través de la ficha de datos personales y el índice de Barthel, los cuales serán documentados con videos y fotos y posteriormente publicados en el Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciado en Terapia Física Médica universidad Técnica del Norte.

No existe riesgo de ningún tipo de lesión física durante el proceso garantizando que tanto la evaluación como las sesiones de tratamiento son seguras para el paciente

Se me ha explicado y entiendo de forma clara el procedimiento a realizarse, he entendido las condiciones y objetivos del estudio, estoy satisfecho/a con la información recibida de la profesional quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo que la información podrá ser usada con el fin de explicar de forma clara esas herramientas terapéuticas, en tales condiciones consiento que se realice la toma de información y evaluación.

Atentamente

.....

Cedula

Anexo 4: Test de Barthel

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

Anexo 5: Certificación de la Revisión del Abstract



“LEVEL OF PHYSICAL DEPENDENCE IN PEOPLE WHO ATTEND THE SPECIALIZED THERAPEUTIC CARE CENTER FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE CITY OF IBARRA IN THE PERIOD, 2022”

Author: Romel Hipólito Guevara Pérez

Email: rhguevarap@utm.edu.ec

ABSTRACT

Disability is regarded as a broad term that encompasses impairments in bodily structures and functions, restrictions on activities, and participation limitations. The goal was to estimate the degree of physical dependence in the Specialized Therapeutic Care Center for people with disabilities in Ibarra city in 2022. The methodology is descriptive, quantitative, design non-experimental, and cross-sectional, with a sample of 30 patients, the Barthel Index was reduced as an instrument, and the main results show: Regarding the activities of daily living, personal hygiene (53%) is the most compromised, followed by eating (20%), dressing (56,7%) with help. Light functional dependence prevails at 40% followed by the assessment of moderate dependence at 30%. It is concluded that the patients present low and moderate levels of functional dependence with independence in the activities of walking and transfers.

Keywords: disability, activities of daily living, Barthel index, functional dependency.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 190150

Anexo 6: Análisis Urkund



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA FÍSICA MÉDICA

URKUND

Analyzed document : TESIS ROMEL GUEVARA OK
08_2022.docx (142681709)
Submitted : 08/05/2022 15:35:00
Submitted by
Submitter email: rhguevarap@utn.edu.ec
Similarity: 9%
Analysis address: jvasquez.utn@analysis.arkund.com

Sources included in the report

Document URKUND SEBASTIAN GUERRA.docx (D55885431) Submitted by: sebastianoguerra26@gmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.arkund.com 32 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS-JACOME-BELEN.docx Document TESIS-JACOME-BELEN.docx (D28238714) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.arkund.com 3 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / andrea vaca tesis urkund.docx Document andrea vaca tesis urkund.docx (D77405138) Submitted by: andreavaca80@yahoo.es Receiver: jvasquez.utn@analysis.arkund.com 1 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS_KASTILLO-ANA.docx Document TESIS_KASTILLO-ANA.docx (D56265096) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.arkund.com 2 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Evaluación Fiosterapéutica Fisicoculturismo Mishell Urquizo Document Evaluación Fiosterapéutica Fisicoculturismo Mishell Urquizo.docx (D31129992) Submitted by: katty_esparza@hotmail.es Receiver: kgesparza.utn@analysis.arkund.com 1 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tesis Davila Rosita.docx Document Tesis Davila Rosita.docx (D29180908) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.arkund.com 1 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS FINAL.docx Document TESIS FINAL.docx (D54294326) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.arkund.com 1 URL: http://dspace.ucp.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/DGB_UCP/31/Gimenez%20Flores%20Bel%20C3%A9n%20-%202020%20-%20A.pdf?sequence=1 Fetched: 1/16/2021 8:18:03 AM

En la ciudad de Ibarra, al día 05 del mes de agosto del 2022

Lo certifico:

Msc. Juan Carlos Vásquez
C.I.: 1001757614

Anexo 7: Galería Fotográfica

Fotografía 1: Aplicando el Consentimiento Informado



Elaborado por: Romel Hipólito Guevara Pérez

Fotografía 2: Aplicando el Test de Barthel



Elaborado por: Romel Hipólito Guevara Pérez

Fotografía 3: Aplicando la Ficha de Recolección de datos



Elaborado por: Romel Hipólito Guevara Pérez