



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN LA LICENCIATURA EN TERAPIA
FÍSICA MÉDICA**

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI Y LA BOLSA DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014.

AUTORES:

Patricio Andrés Ron Zambrano

Washington Marcelo Lanchimba Cepeda

DIRECTORA DE TESIS:

MSc. Daniela Zurita

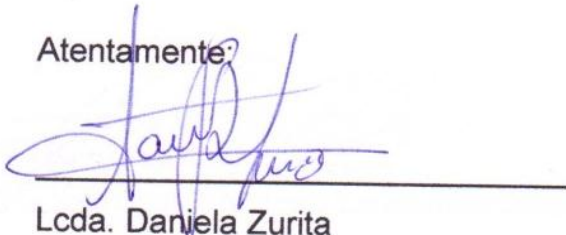
IBARRA – 2015

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Ibarra, 23 de Febrero de 2015

Yo, Fisioterapeuta Daniela Zurita con cedula de ciudadanía - en calidad de tutora de la tesis "DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI Y LA BOLSA DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014." De autorías del Sr. Patricio Ron y Marcelo Lanchimba, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniela Zurita', is written over a horizontal line.

Lcda. Daniela Zurita

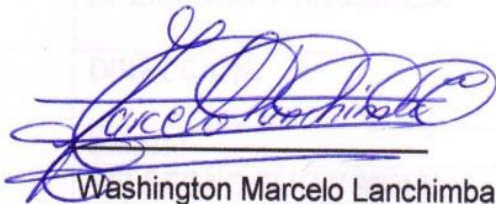
C.I. – 100301974-0

TUTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
AUTORÍA

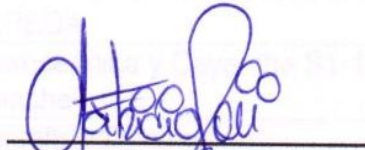
IDENTIFICACION DE LA OBRAS

Nosotros, Washington Marcelo Lanchimba Cepeda y Patricio Andrés Ron Zambrano declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría **“Diagnóstico de la Funcionalidad y de la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Yacupata, Quinchuqui y la Bolsa del cantón de Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014.”** y los resultados de la investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no ha sido presentado previamente para ningún grado ni calificación profesional; y que hemos respetado las diferentes fuentes de información.



Washington Marcelo Lanchimba Cepeda

C.I. 1723480941



Patricio Andrés Ron Zambrano

C.I. 1721754404

DATOS DE LA OBRAS	
TÍTULO:	DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI Y LA BOLSA DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014.
AUTORÍA:	Washington Marcelo Lanchimba Cepeda
FECHA:	2014
TÍTULO DEL EL QUE OBTENIÓ:	Washington Marcelo Lanchimba Cepeda
DIRECCIÓN DE TRABAJO:	Linda Deaton Curtis



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE CIUDADANIA:	172175440-4
APELLIDOS Y NOMBRES:	RON ZAMBRANO PATRICIO ANDRÉS
DIRECCION:	Caranqui Oe4-141 y Cacha "La Magdalena"
EMAIL:	patricio.ron@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	022655290/0995374669

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE CIUDADANIA:	172348094-1
APELLIDOS Y NOMBRES:	WASHINGTON MARCELO LANCHIMBA CEPEDA
DIRECCION:	Interoceánica y Cayambe S1-164 "El Quinche"
EMAIL:	marcefisio@hotmail.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	022164505/0989111158

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI Y LA BOLSA DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014.
AUTORES:	Patricio Ron, Marcelo Lanchimba
FECHA:	23/Marzo/2015
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	Lcda. Daniela Zurita

2. AUTORIZACION DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Patricio Andrés Ron Zambrano con cedula de ciudadanía N° 1721754404 y yo, Washington Marcelo Lanchimba Cepeda con cedula de ciudadanía N° 1723480941, en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Las autoridades manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 23 días del mes de marzo del 2014

LOS AUTORES:

Firma:

Patricio Ron

C.I. 172175440-4

Firma:

Marcelo Lanchimba

C.I. 172348094-1

ACEPTACION:

Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

Yo, Patricio Andrés Ron Zambrano con cedula de ciudadanía N° 172175440-4 y yo, Washington Marcelo Lanchimba Cepeda con cedula de ciudadanía N° 172348094-1, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado; "DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI Y LA BOLSA DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014"; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, En la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 23 días del mes de marzo del 2014

LOS AUTORES:

Firma:

Patricio Ron

C.I. 172175440-4

Firma:

Marcelo Lanchimba

C.I. 172348094-1

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a las dos inspiraciones grandes de mi vida mis queridos abuelos Olga y José que desde el cielo estarán muy contentos por este peldaño más de mi vida, quienes durante toda su vida me enseñaron que en la vida siempre hay algo más por aprender que si piensas que llegaste al final no es así porque al levantar la cabeza y mirara al frente aún hay un largo camino por recorrer y sobre todo que mucho más que ser profesional primero hay que ser persona.

Washington Marcelo Lanchimba C

DEDICATORIA.

Agradezco a Dios por protegerme y guiarme durante todo mi camino, pues el bien sabe que es lo que necesito, y él supo darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi hijo Ithan Ron quien fue el principal motor de impulso para crecer como persona y como profesional, quien me inspiro para convertirme en un ejemplo a seguir mi hijo hermoso, esta tesis es para ti.

A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo, y que fueron un apoyo económico y sentimental diario, quienes me frenaron un montón de veces evitando que desista de mis estudios y ahora mi tesis también es para ellos.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

Patricio Andrés Ron Zambrano

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por haberme dado la fuerza, la vida para poder llegar hasta donde hoy he llegado.

A mi madre que con su ejemplo y dedicación siempre fue el pilar fundamental para día a día entregarme a mis estudios, que con su ejemplo y su carácter siempre me enseno que las dificultades de la vida siempre hay que resolverlas y superarlas, que la vida está llena de retos y que cada uno de ellos nos deja una enseñanza y sobre todo que si la vida fuera fácil yo no sería su hijo gracias mami te quiero mucho.

A mi padre que con su esfuerzo y apoyo he llegado a alcanzar una meta más en mi vida.

A mí querida hermana que en lugar de ser mi hermana ha sido mi segundo padre y a su carácter que si en ocasiones produjeron lágrimas de iras hoy se han convertido en lágrimas de felicidad y triunfo.

A mi mejor maestra de la persona la cual aprendí que ser profesional no simplemente es aplicar los conocimientos aprendidos en las aulas, que muchas de las veces un paciente no alivia su dolor con la aplicación de técnicas sino con la paciencia, cariño y amor que podemos darles en una palabra gracias por todo querida María Augusta Freire

A la Universidad Técnica del Norte que me acogió en sus aulas y pulió como cual brillante está listo para exhibirse ante las demás piedras preciosas y me dio lo necesario para poder brillar un poco más que los demás.

A mí querida tutora por haber tenido la paciencia y la confianza para poder guiarme en este trabajo Licenciada Daniela Zurita

A mis queridos y recordados maestros que se encargaron de darme lo mejor de ellos para hoy yo poder ser mejor que ellos.

Y para terminar un agradecimiento muy fuerte a mí mismo que sin mi esfuerzo y dedicación no habría llegado a esto ahora.

Washington Marcelo Lanchimba C.

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo.

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida, y más aun en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi madre que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión.

A mi asesor Lcda. Daniela Zurita, que a su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, a la Doctora Salome Gordillo que así mismo, como no sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado la carrera y sobre todo la tesis.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

A todos gracias...

Patricio Andrés Ron Zambrano

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TESIS PREVIA.....	II
TÍTULO:.....	II
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTO.....	IX
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.3. Justificación	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivo específico.....	5
1.4. Preguntas de investigación	6
CAPITULO II.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. La discapacidad.....	7
2.1.1. Comprender la Discapacidad:	7
2.2. Historia y la situación actual de las discapacidades en el Ecuador	10
2.2.1 Discapacidad en la actualidad.....	11
2.3. Causas de la discapacidad.....	11
2.4. Clasificación de la Discapacidad	14
2.4.1. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980	15
2.4.1.1. Conceptos y terminología de la CIDDM.....	16
2.5. Discapacidad Física.....	19

2.5.1. Factores que generan las dificultades físicas.....	23
2.6. Diagnóstico.....	23
2.6.1. Desarrollo del Diagnóstico.....	24
2.6.2. Relación médico-paciente.....	25
2.6.3 La anamnesis.....	26
2.6.5. El examen físico.....	27
2.6.6. Asociación de síntomas y signos:.....	28
2.7. Diagnóstico fisioterapéutico.....	30
2.8. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.....	31
2.8.1. Perspectiva de los componentes de la CIF.....	32
2.8.2. Partes principales de la CIF.....	35
2.8.3. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de la CIF.....	36
2.9. Funcionalidad.....	42
2.9.1. Que es la Funcionalidad.....	42
2.9.2. Diagnóstico de la funcionalidad física, con el Índice de Barthel.....	44
2.9.3. Actividades de la Vida Diaria.....	45
2.10. Adaptabilidad.....	49
2.11. Marco Legal y Jurídico.....	53
2.11.1. Personas con enfermedades catastróficas.....	56
2.11.2. Reglamento de la ley de discapacidades.....	56
2.11.3. Plan del buen vivir.....	57
2.11.4. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.....	58
CAPITULO III.....	59
3.1. Tipo de investigación.....	59
3.1.2 Tipos de Investigación Según El Grado de Abstracción.....	60
3.1.3 Tipo de investigación según la naturaleza de los datos.....	60
3.2. Diseño de la investigación.....	61
3.3.2. Población y muestra.....	62
3.4. Operacionalización de variables.....	62
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	64
3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	65
3.7. Estrategias.....	66
3.8. Validación y Confiabilidad.....	67

CAPÍTULO IV	69
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	69
4.1. Análisis e interpretación de resultados	69
4.2. Discusión De Resultados	105
4.3. Respuesta a las Preguntas de investigación	109
4.4. Conclusiones	116
Glosario de términos	118
ANEXOS	120
ANEXO 1. FOTOGRAFÍAS	121
ANEXO 2. DOCUMENTOS	124
CONSENTIMIENTO INFORMADO	127
ANEXO 3. ENCUESTA	128
ANEXO 4. TABLAS	137
1. Tabla de Funcionalidad	137
2. Tabla de Adaptabilidad	138
BIBLIOGRAFÍA	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Funcionalidad - Paciente 1	69
Tabla 2 Funcionalidad - Paciente 2	71
Tabla 3 Funcionalidad - Paciente 3	73
Tabla 4 Funcionalidad - Paciente 4	75
Tabla 5 Funcionalidad - Paciente 5	77
Tabla 6 Funcionalidad - Paciente 6	79
Tabla 7 Funcionalidad - Paciente 7	81
Tabla 8 Funcionalidad - Paciente 8	83
Tabla 9 Funcionalidad - Paciente 9	85
Tabla 10 Funcionalidad - Paciente 10	87
Tabla 11 Funcionalidad - Paciente 11	89
Tabla 12 Funcionalidad - Paciente 12	91
Tabla 13 Adaptabilidad - Paciente 1	93
Tabla 14 Adaptabilidad - Paciente 2	94
Tabla 15 Adaptabilidad - Paciente 3	95
Tabla 16 Adaptabilidad - Paciente 4	96
Tabla 17 Adaptabilidad - Paciente 5	97
Tabla 18 Adaptabilidad - Paciente 6	98
Tabla 19 Adaptabilidad - Paciente 7	99
Tabla 20 Adaptabilidad - Paciente 8	100
Tabla 21 Adaptabilidad - Paciente 9	101
Tabla 22 Adaptabilidad - Paciente 10	102
Tabla 23 Adaptabilidad - Paciente 11	103
Tabla 24 Adaptabilidad - Paciente 12	104
Tabla 25 Relación Funcionalidad y Adaptabilidad	109
Tabla 26 Resultado de Personas Evaluadas	111
Tabla 27 Resultados Funcionalidad	113
Tabla 28 Resultados Adaptabilidad	115

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Funcionalidad - Paciente 1	70
Ilustración 2 Funcionalidad - Paciente 2	72
Ilustración 3 Funcionalidad - Paciente 3	74
Ilustración 4 Funcionalidad - Paciente 4	76
Ilustración 5 Funcionalidad - Paciente 5	78
Ilustración 6 Funcionalidad - Paciente 6	80
Ilustración 7 Funcionalidad - Paciente 7	82
Ilustración 8 Funcionalidad - Paciente 8	84
Ilustración 9 Funcionabilidad - Paciente 9	86
Ilustración 10 Funcionalidad - Paciente 10	88
Ilustración 11 Funcionalidad - Paciente 11	90
Ilustración 12 Funcionalidad - Paciente 12	92
Ilustración 13 Relación de Funcionalidad y Adaptabilidad	109
Ilustración 14 Resultado de Pacientes con cuidados externos	111
Ilustración 15 Resultados Funcionalidad	114
Ilustración 16 Resultados de Adaptabilidad	115

RESUMEN

Esta investigación se centra en las personas con discapacidad del cantón Otavalo específicamente en las comunidades Yacupata, Quinchuqui y La Bolsa y su nivel de independencia ante la vida diaria.

Se utiliza un instrumento para evaluar la funcionalidad y la adaptabilidad de cada una de las personas, el cual en funcionalidad evalúa las capacidades motrices, equilibrio y coordinación, en adaptabilidad se evalúa la interacción de las capacidades mentales para realizar una acción y sus capacidades físicas para realizarlas claramente una interacción entre los dos aspectos.

El estudio se realiza en doce personas de las mencionadas comunidades teniendo dos exclusiones por migración.

Como resultado se obtuvo que un 42% una pérdida grave de la funcionalidad, ya que presenta una limitación funcional grave del equilibrio y la coordinación, con una limitación funcional grave de la motricidad gruesa, y una pérdida severa de motricidad fina, el 33% de la población estudiada una pérdida leve de la funcionalidad con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación y el 17% pérdida total de la funcionalidad.

En conclusión la población analizada en su mayoría se adapta a su medio ya sea con la ayuda de una tercera persona o de forma independiente mientras que solo el 17% es necesaria la ayuda de una tercera persona para realizar todas sus actividades diarias.

ABSTRACT

The present research is focused in the level of autonomy of handicapped people who live in the city of Otavalo specifically in the Yacupata, Quinchuqui and la Bolsa communities.

The present work applies an evaluation tool to determinate features like functionality and adaptability of each one of the assessed people. Functionality determinates motor, equilibrium and coordination capabilities. Adaptability shows the interaction between mental and physical capabilities to perform an action.

This survey was applied in twelve people from the above mentioned communities, having two excursions due to migration.

Results showed (1) severe loss of functionality in 42% of the assessed persons, associated to disfunctionality with equilibrium and coordination, affecting their gross motricity, (2) low loss of functionality in the 33% of people causing low functionality limitation for activities that require equilibrium and coordination and (3) a 17% of assessed person with a total of their functionality.

As a question, most of the assessed people are prone to adapt his live style requirements to their environment, by themselves or with a third person help. Just 17% of person need permanently help to perform all of their daily activities.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La discapacidad es la condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. (Fundación Wikimedia, 2014)

Desde el inicio de los tiempos hasta la actualidad, la discapacidad ha sido una situación de carácter múltiple que infiere en el desarrollo de sus actividades y en la relación que tienen las personas en sus dimensiones físicas y mentales con la sociedad en la cual ellos interactúan. Incluyendo problemas físicos o mentales que puedan influir en la funcionalidad del cuerpo humano, de tal manera que ellos presentan diferentes capacidades al momento de desempeñarse en un ámbito específico de la persona. (Padilla-Muñoz, 2010)

Anteriormente se presentaban varios conceptos con respecto a la discapacidad y los roles de desempeño los cuales no tenían una unidad ni claridad (Organization, World Health, 2014) pero en la 54° Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se decidió cambiar el nombre de la segunda edición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2), Por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adecuándose a los miembros de la OMS, de tal manera que “al

aplicar la CIF puede implementarse en investigación, estadística, trabajo social, vigilancia y notificación.” (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Mediante la investigación hecha en la primera fase del programa de discapacidad de la Universidad Técnica del Norte se pudo ubicar geográficamente a las personas con discapacidad física en las comunidades de Yacupata, Quinchuqui y La Bolsa de la parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón de Otavalo en la Provincia de Imbabura, pero no se ha realizado un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad basándose en los principios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de las personas con discapacidad física de las comunidades del cantón de Otavalo en la provincia de Imbabura en el periodo 2014, a nivel nacional no existe esta información. (Padilla-Muñoz, 2010)

En el mundo se calcula que más de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad; es decir, aproximadamente el 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). El proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%) de personas mayores de 15 años con algún tipo de discapacidad, de los cuales, 190 millones (3,8%) presentan una “discapacidad grave” con una alteración importante en el funcionamiento. (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2014)

La falta de interacción con la comunidad y los servicios básicos deficientes producen marginamiento en las personas con discapacidad generando dependencia en otros. En los Estados Unidos, un estudio en 1.505 adultos no ancianos con discapacidad comprobó que el 42% no podía entrar y salir de la cama o sentarse y levantarse de una silla porque no tenía a nadie que le ayudara (Menlo Park, 2012)

América Latina cuenta con aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, en las que el 2% han cubierto sus necesidades básicas, por lo

tanto el 98% son relegados; México tiene una población de personas con discapacidad del 5.1% y Brasil del 23.9% (Schalock, 2009)

El 12,8 % de la población ecuatoriana corresponde a personas con discapacidad; en el 64,4% de los menores de cinco años la causa se relaciona con problemas hereditarios o congénitos, de origen prenatal o perinatal. Los accidentes aumentan los datos estadísticos en cuanto a la discapacidad física (Editorial Vistazo, 2010)

El CONADIS reporta 397.233 casos con una prevalencia del 3.1%, en donde se evidencia que la discapacidad física (46,5%), auditiva (24,3%) e intelectual (20,2%) son las de mayor prevalencia. (Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades, 2014)

En Imbabura hay 10820 casos reportados, distribuidos así: Ibarra 5051 casos, Otavalo 2341 casos, Cotacachi 1384 casos, Antonio Ante 1174 casos, Pimampiro 447 casos y Urcuquí 423 casos. Y la discapacidad de mayor prevalencia es la discapacidad física (43.43%). (Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades, 2014)

1.2. Formulación del problema

¿Cómo el Diagnóstico de la Funcionalidad y de la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Yacupata, Quinchuqui y La Bolsa del cantón de Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014?

1.2.3. Justificación

Por medio de la funcionalidad y la adaptabilidad se puede determinar cuan independientes son las personas con discapacidad, la independencia es directamente proporcional con la calidad de vida del paciente; establecer un adecuado diagnóstico de la independencia es importante ya que por medio de esta información se puede determinar la calidad de vida y su pronóstico en las personas con discapacidad.

Desarrollar esta investigación permitió establecer un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Yacupata, Quinchuqui y la Bolsa de la parroquia miguel Egas del cantón de Otavalo para establecer una situación real sobre la independencia y la calidad de vida de las personas con discapacidad que pertenecen a las comunidades ya mencionadas.

Conocer el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física permitirá establecer protocolos de intervención en rehabilitación enfocados en actividades propias acordes a las necesidades y capacidades del paciente, lo cual mejora las oportunidades de recuperarse y ganar independencia y así reducir el grado de la discapacidad lo cual también evita complicaciones médicas que agravan las condiciones de vida de esta población.

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán realizar futuras investigaciones las cuales ayudarán a determinar el pronóstico de vida de la población con discapacidad y así proponer planes de intervención que atiendan las carencias de esta población con eficacia y objetividad. Además es necesario mencionar que este estudio es parte de la segunda fase del programa de discapacidad de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica Del Norte.

Este estudio fue viable porque se contó con los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros; fue desarrollado por estudiantes de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica Del Norte los cuales fueron capacitadas por los docentes de la carrera en la aplicación del instrumento y utilización de las herramientas tecnológicas como la aplicación informática para la recolección de los datos, los recursos financieros fueron asumidos por los estudiantes.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Yacupata, Quinchuqui y la Bolsa del cantón de Otavalo en la provincia de Imbabura en el período 2014

1.3.2. Objetivo específico

- Indicar la relación que tiene la funcionalidad y la adaptabilidad de los pacientes discapacitados evaluados.
- Identificar cuantas personas evaluadas necesitan de una tercera persona para que tenga un cuidado personalizado y poder desenvolverse en cualquier actividad propia del paciente.
- Analizar los resultados finales del diagnóstico realizado.

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la relación que tiene la funcionalidad y la adaptabilidad de los pacientes discapacitados evaluados?
- ¿Cuántas personas evaluadas necesitan de una tercera persona para que tenga un cuidado personalizado y poder desenvolverse en cualquier actividad propia del paciente?
- ¿Cuáles son los resultados finales del diagnóstico realizado?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La discapacidad

2.1.1. Comprender la Discapacidad:

La discapacidad comprende una parte fundamental dentro de la vida humana, absolutamente todos tenemos una etapa de discapacidad en nuestras vidas, que puede ser temporal o de por vida, incluso mientras envejecemos podemos sentir como nos afecta los cambios que se generan en nuestro cuerpo que provocan de alguna manera dicha discapacidad.

La mayoría de los grupos familiares tienen algún integrante discapacitado, y muchas personas que no lo son, asumen la responsabilidad de apoyar y cuidar a sus parientes y amigos con discapacidad.

(Disabilities, 2006) Cita que: “En cada época se ha enfrentado la cuestión moral y política de encontrar la mejor forma de incluir y apoyar a las personas con discapacidad. Este problema se agudizará a medida que cambien las características demográficas de las sociedades y aumente la cantidad de personas que llegan a la vejez.” Lógicamente los gobiernos de diferentes países tratan de desarrollar programas de inclusión ciudadana, en la actualidad, existen enfoques más interactivos que reconocen que la discapacidad en las personas se origina tanto en los factores ambientales

como en el cuerpo y esto enseña a la población, las dificultades y las habilidades que tienen las personas con discapacidades y experimentarlas de tal manera que desde pequeños las personas entiendan que existe cero tolerancia para la discriminación a estas personas.

Desde el principio de los tiempos ha existido una polémica en cuanto a la descripción correcta que defina a un sujeto con discapacidad o incapacidad, invalidez, minusvalía, etc. Que padezca de cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad en la forma normal, o dentro del rango, que sería considerado adecuado para las personas que se estiman como “normales” o “no discapacitadas”.

La discapacidad durante mucho tiempo ha sido considerada como una problemática social según (ABELLAN GARCIA Antonio, 2011) cita “La discapacidad es una cuestión que afecta a los individuos, a la familia y a la sociedad en conjunto y por tanto tiene una importante trascendencia política” (p.2). Puesto que la discapacidad es una situación verdaderamente que afecta no simplemente al individuo que la posee, sino también a todos los demás que le rodean.

Las capacidades de las personas dependen de las condiciones externas que puedan modificarse a través de la adopción de medidas que tomen en cada gobierno correspondientemente de tal manera que se puedan ampliar las capacidades de las personas que tienen discapacidad, de esta forma se puede mejorar el bienestar, gestión y la libertad de lograr el pleno ejercicio de los derechos humanos que todas las personas poseemos.

En primer lugar este estado afecta al individuo o persona con discapacidad puesto que él se verá vulnerable por no poder realizar sus actividades de la vida diaria, como alimentarse, aseo personal y movilidad libre dentro de su domicilio, por otro lado también afectara su estado de ánimo y de relación con el medio como sus relaciones interpersonales y como resultado de esto dará encerrarse en su mundo solo y desconectarse de la realidad.

En segundo plano también se ve afectada la familia del discapacitado puesto que el responsable directo del individuo tendrá que modificar sus actividades personales diarias para atender las necesidades del discapacitado lo que traerá consecuencias en la vida diaria de sus familiares y también repercusiones en sus relaciones personales con la sociedad.

A la sociedad si bien no afecta de manera directa su repercusión se desarrolla en la necesidad de adaptar los espacios para su completa comodidad y accesibilidad, es necesario explicar que la discapacidad frente a la sociedad no es directamente una afección más bien se debería denominarla una responsabilidad social con las personas discapacitadas, ya que no hace muchos años atrás se los gobiernos invertían en este grupo vulnerable de la sociedad.

La discapacidad durante mucho tiempo estuvo en discusión como debería ser definida así es el caso (ABELLAN GARCIA Antonio, 2011)cita que:

La propia organización mundial de la salud (OMS, 2011) ha modificado términos y conceptos entre sus clasificaciones internacionales de discapacidad, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980, y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001. (p.2)

De esta manera se puede evidenciar que los mismos organismos internacionales de salud no definían bien cómo debería ser descrita y mucho más aun como debe ser atendida por los diferentes organismos de protección a estos grupos vulnerables de la sociedad a nivel mundial.

De tal manera podemos llegar a la definición exacta dada por la organización mundial de la salud (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2011), dice que la "Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar

en situaciones vitales.” Por lo tanto se puede entender que la discapacidad es un problema que envuelve muchos componentes que van a hacer que el individuo se diferencie en su actividad en la sociedad en la que vive, y cambiar en sus características como organismo humano.

Su principal objetivo es recoger las formas de inserción de estas personas en la vida adulta, situando los hechos que se relatan en el marco general de su biografía, que incluye también el contexto social y las coordenadas históricas e institucionales en que les ha tocado vivir.

2.2. Historia y la situación actual de las discapacidades en el Ecuador

Así como en el mundo entero, en nuestro país Ecuador la exclusión llegaba a tal punto en décadas pasadas, que se llegaban a ocultar al igual que en otros lugares a las personas que tenían algún tipo de discapacidad, sin que nadie supiera de su existencia e inclusive considerándolos monstruos o aberraciones.

Por un lado la influencia religiosa tuvo fue muy fuerte, ya que el poseer una discapacidad ya sea física o mental se consideraba como un castigo que Dios le imponía a la persona y se producía discriminación por parte de su familia, amigos, vecinos y todas las personas en general.

Una de las principales causas para que esto existiera, es que entre familias, la descendencia no se extendía hacia otras familias por mantener un círculo cerrado para mantener la raza y la sangre pura, y gracias a esto se produjeron incestos, como producto los bebés nacían con malformaciones y/o diversas discapacidades.

Otro de los factores trascendentales han sido accidentes, ya sean laborales, de tránsito, etc. por los cuales varias personas se han visto afectadas y no han podido desarrollar con normalidad sus actividades e inclusive han tenido que abandonar su actividad laboral, pero esto seguiremos viendo más adelante en esta investigación para determinar las causas más comunes al adquirir una discapacidad y su clasificación correspondiente.

2.2.1 Discapacidad en la actualidad.

Para tener en claro el concepto ideal de la discapacidad después de que haya pasado por diversos estados en los cuales se lo consideró de infinitas maneras tenemos que definir conceptos básicos que demuestran como la discapacidad se logra definir por medio del entendimiento colectivo e incluso formado por personas que se consideran sin discapacidad y discapacitados.

2.3. Causas de la discapacidad.

Se propone la clasificación desde el punto de vista de (Cantore, 2010). Las causas de la discapacidad son las siguientes:

1. Causas genéticas

- Ambientales
- Hereditarias

2. Causas Congénitas

- Ambientales
- Infecciosas
- Traumatismos
- Intoxicaciones
- Nutricional
- Emocional
- Causas desconocidas

3. Causas biológicas

- Discapacidades por alteraciones en el número de cromosomas como es en el Síndrome de Down.
- Discapacidades al factor genético de tipo estructural.
- Discapacidades por genes mutantes.

4. Causas ambientales

- Discapacidades por enfermedades materno-infecciosas como el virus de la rubeola que puede producir defectos congénitos: sordera mental, defectos cardiacos, bajo peso al nacer.
- El citomegalovirus y la toxoplasmosis pueden producir defectos severos, morbilidad y abortos espontáneos.

5. Casusas físicas

- Agresiones que pueden causar alteraciones cromosómicas.

6. Causas sociales

- Drogas de aceptación social, drogas ilegales, productos químicos y sustancias tóxicas en general.

7. Causas Socio familiares

- Violencia contra la mujer

8. Causas perinatales

- Asfixia
- Traumatismos
- Pre y post término
- Emocionales

9. Adquirido

- Ambientales
- Infecciosos
- Traumatismos
- Intoxicaciones
- Nutricional
- Emocional
- Proceso del envejecimiento

2.4. Clasificación de la Discapacidad

La experiencia de una persona con discapacidad es única en cada individuo, no solamente por la manifestación propia en sí de la enfermedad, el desorden o una lesión única, sino más bien porque esta condición de salud está siempre influenciada por una compleja combinación de factores como lo son el lugar donde vive ya sea el lugar la accesibilidad o incluso la infraestructura de la vivienda en la que la persona habita. Y esto también influye porque no solo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, más bien cada persona tiene una forma de ver a la discapacidad a su manera, esto quiere decir que la forma de verse hacia ellos mismos es diferente, y esto está influenciado por factores tales como la sociedad en la que viven, factores culturales que dependen del lugar y del tiempo y de los factores socio históricos que varían siempre de una época a otra y van evolucionando con el tiempo.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud, se basa en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal ante cualquier ser humano y no es considerado como un indicador único de un grupo social.

Los seres humanos tienen en realidad o en mayor potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. De hecho, siempre habrá varios indicadores de niveles y grados de funcionalidad. La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas desde su manera de pensar a factores que ya fueron mencionado con anterioridad ya que ellos siempre estarán a la perspectiva del qué se espera o no que hagan, limitándolos desde ya a hacer algo que a ellos les agrade.

2.4.1. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980

El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDM tal como cita (Ustum, 2001): “se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica. Se trata de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad”. (p. 8). De este modo, se va más allá del esquema de la enfermedad como:

- Etiología
- Patología
- Manifestación

Así, la OMS propone con la CIDDM un esquema nuevo:

- Enfermedad
- Deficiencia
- Discapacidad
- Minusvalía

2.4.1.1. Conceptos y terminología de la CIDDM

En este nuevo esquema ha de entenderse que:

2.4.1.1.1. La enfermedad; es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

2.4.1.1.2. La deficiencia; es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

2.4.1.1.2.1. Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

2.4.1.1.3. La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...)

2.4.1.1.3.1. Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

2.4.1.1.4. La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través

de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Cada uno de los tres ámbitos de las consecuencias de la enfermedad, que antes hemos descrito, fue definido de forma operativa por parte de la Organización Mundial de la Salud en la CIDDM. Así pues, siempre dentro de la experiencia de la salud (IMSERCO, 1997) indica:

2.4.1.1.4.1 Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Si nos enfocamos a la relación de la causa del porqué de las enfermedades es evidente en las propias definiciones mencionadas con anterioridad de los mismos. Una deficiencia puede provocar una discapacidad y una minusvalía se puede provocar como consecuencia de las anteriores ya mencionadas.

Se ha planteado así mismo que la posibilidad de que existieran minusvalías directamente asociadas a una enfermedad como es el claro ejemplo de una persona portadora de VIH la cual no podrá participar de actos sociales en igualdad de condiciones con respecto a su salud, por lo tanto una minusvalía derivada directamente de una enfermedad no necesariamente puede causar una deficiencia, pérdida o anomalía, ni puede producir una discapacidad restringiendo así la ausencia de su capacidad. De igual manera podemos nombrarla en un sentido inverso, ya que también se puede plantear que la situación de determinadas minusvalías puede generar una desventaja social que tiene una persona con ciertos trastornos mentales puede ocasionar discapacidades.

Existen varios tipos de discapacidad, como los que afectan:

- La audición
- La vista
- El movimiento
- El razonamiento
- La memoria
- El aprendizaje
- La comunicación
- La salud mental
- Las relaciones sociales

Las discapacidades pueden afectar a las personas de distintas maneras, aun cuando tengan el mismo tipo de discapacidad, ya que cada individuo percibe la discapacidad de diferente manera y dependiendo de factores que no se pueden controlar como; la edad, sexo y estado general de la salud, afectan de manera más invasiva o del mismo modo menos invasiva a cada persona. Algunas discapacidades pueden estar ocultas o no se pueden notar fácilmente.

- Las discapacidades pueden afectar a todo tipo de personas y ocurrir en cualquier momento de la vida, como:
- Un bebé que nace con un tipo de espina bífida que puede afectar su capacidad de caminar.
- Un niño que es víctima de un accidente vehicular y sufre una lesión cerebral traumática que puede afectar su capacidad de pensar y recordar.

- Un adulto joven con depresión u otra enfermedad mental que le puede dificultar controlar las situaciones diarias de estrés que enfrente.
- Una mujer que entra a su mediana edad y sufre de esclerosis múltiple, la cual puede afectar su capacidad de movimiento.
- Un estudiante universitario con epilepsia que padece convulsiones generadas por el estrés y que puede necesitar arreglos especiales para realizar actividades como exámenes largos.
- Un hombre que en la etapa tardía de la mediana edad comienza a perder la audición, lo que puede afectar la forma en que se comunica.
- Una persona de avanzada edad que pierde la vista a consecuencia del glaucoma.

2.5. Discapacidad Física

Engloba un grupo muy heterogéneo causados por una anomalía congénita (pie zopo, de una extremidad, etc.), por enfermedad (poliomielitis, tuberculosis de los huesos, etc.), por una alteración ósea (talla baja), secuelas de parálisis cerebral o espina bífida (daños derivados de una lesión en el sistema nervioso central), por otras causas (amputaciones, fracturas, quemaduras que causan contracturas, etc.). (Santillan, 2005)

La discapacidad física o motora, se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida diaria, que surge como consecuencia de la interacción para que este pueda usarse de manera específica para para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las

barreras arquitectónicas o personales presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Las barreras, son de distinto tipo, por ejemplo, si la dificultad de un niño o niña se refiere a la movilidad de sus extremidades inferiores, no podrá acceder de manera independiente, a los diferentes pisos de los edificios o viviendas, que no tengan rampas, ascensores adecuados o accesos que faciliten su ingreso, la persona no podrá usar los servicios higiénicos que no estén habilitados para una persona con discapacidad, no podrá acceder a los medios de transporte público, difícilmente podrá practicar deportes si no están adaptados, o simplemente, trasladarse cómodamente por las calles de la ciudad las que están llenas de obstáculos. Así, más allá de sus limitaciones o dificultades físicas efectivas, las barreras de un entorno hecho por y para personas sin discapacidad, condicionarán en el niño o niña, una percepción alterada de sus posibilidades reales, y una dependencia absoluta de los otros u otras.

Una persona ya sea niño o niña, adulto, joven adulto o persona de la tercera edad con discapacidad física, es aquel que tiene dificultades para moverse, Muchas de las veces estas dificultades pueden ser de nacimiento o adquiridas por accidentes u enfermedad durante cualquier etapa de la vida de la persona.

La discapacidad se puede ver porque en algunos casos le cuesta caminar a la persona que la adquirió, o mover alguna parte de su cuerpo, como brazos o piernas, tener rigidez en las articulaciones o coyunturas, los músculos muy tensos, sentir o no sentir dolor y tener adormecimientos o movimientos. Otra causa puede ser por quemaduras severas que pueden amputar alguna parte del cuerpo o por retracciones de la piel que limitan la movilidad articular.

Algunas veces la discapacidad consiste en que le falta el total o una parte de sus extremidades, lo que hace que la persona se vea diferente, pero esto no lo convierte en un ser extraño incapaz o que deba esconderse.

Algunos términos que escucharemos cuando se habla de una discapacidad física dentro de la discapacidad motora no todas las condiciones son iguales, no es lo mismo no tener un dedo o una mano que no poder mover todo el cuerpo.

Dentro de ésta discapacidad escucharemos algunos términos raros o difíciles como:

Mielo meningocele, Enfermedad de Arnold Chiari, Lesión medular, Parálisis de Guillan Barré, Distrofias Musculares, Agenesia del cuerpo caloso, Luxación Congénita de la cadera Mutilaciones o Amputaciones.

Las repercusiones o secuelas pueden ser tan dispares que precisan medidas educativas muy diversas. La heterogeneidad de situaciones de las alteraciones físicas y motoras se demuestra en la siguiente clasificación, de acuerdo a lo que manifiesta. (Santillan, 2005)

1. Malformaciones congénitas

- Luxación congénita de cadera
- Malformaciones congénitas de miembros
- Malformaciones congénitas de la columna vertebral
- Artrogriposis

2. Afecciones congénitas sistemáticas o generalizadas del esqueleto

- Osteogénesis imperfecta
- Acondroplastia
- Osteocondrodistrofias (Morquio, etc.)

3. Osteocondrosis

- Enfermedad de Perthes
- Enfermedad de Scheurman

4. Afecciones articulares

- Artritis
- Artrosis

5. Afecciones neuromusculares

- Parálisis cerebral
- Espina bífida
- Distrofia muscular
- Afecciones de nervios periféricos, parálisis obstétricas

6. Otras afecciones neurológicas

- Esclerosis múltiple
- E.L.A.
- Poliomielitis

2.5.1. Factores que generan las dificultades físicas

(Teleton, 1995), “La discapacidad física puede deberse a diferentes causas y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal), por alguno de los siguientes factores:”

2.5.1.1. Factores congénitos: Alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones congénitas (espina bífida, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral, etc.).

2.5.1.2. Factores hereditarios: Transmitidos de padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.

2.5.1.3. Factores adquiridos en la etapa post-natal: Traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.

2.6. Diagnóstico

El diagnóstico es una de las principales herramientas dentro de todo lo que abarca las ramas de la medicina ya que de esto depende la base principal para que el tratamiento posterior al diagnóstico se lo realice de la manera más eficazmente posible dentro de los alcances de la medicina moderna, como (MINSAP, 2003) cita: “En sí mismo no es un fin sino un medio, e indispensable para establecer el tratamiento adecuado.” (p. 14-20), tal como fue mencionado anteriormente. Definitivamente al diagnóstico se lo puede

señalar como la parte más importante al momento de ver un paciente, al momento de valorarlo y poder encaminar un tratamiento guiado hacia las necesidades del paciente.

El diagnóstico médico se lo considera importante al momento de realizar una atención primaria, por lo cual este tiene algunas consideraciones y pasos a tener en cuenta que vamos a explicar tratando de ser detallistas en el proceso para que se logre entender las especificaciones a la hora de tener en cuenta el proceso al diagnosticar a un paciente como medida de atención primaria.

2.6.1. Desarrollo del Diagnóstico.

Como cita (Braunwald E. Harrison, 1989), “El diagnóstico se basa en el análisis de datos seguros”, (p. 14), ya que la viabilidad del análisis para llegar a un diagnóstico exacto depende en su totalidad de la calidad y la exactitud de las observaciones en la que ella se basa, así mismo (Bernard, 1976) señala que “El razonamiento solo será válido cuando descansa sobre nociones exactas y hechos precisos”, (p. 4), ya que si estos pasos tan importantes no se llegan a cumplir el resultado final será completamente erróneo.

Para el correcto manejo de un diagnóstico acertado, es importante que se lleven a cabo algunos pasos importantes y básicos sobre los que se apoya el diagnóstico del médico:

2.6.2. Relación médico-paciente.

La relación médico paciente es muy importante, principalmente al momento de realizar un diagnóstico, ya que el paciente tiene que sentirse en un ambiente de confianza, seguridad y tranquilidad, para que el médico logre conseguir una mayor cooperación del paciente al momento de realizar la examinación correspondiente. Así como (J. Diaz, 1993) señala que “Con una buena relación médico-paciente logramos dar tranquilidad y seguridad, así como una mejor exposición de los síntomas por parte del paciente y una mayor cooperación en el examen físico”.

Para poder conseguir una buena relación se ha implementado técnicas para poder establecerla, por ejemplo se encuentran, una buena primera impresión, buena comunicación entre el médico y el paciente utilizando todos los mecanismos posibles, dedicarle el tiempo necesario para que el paciente logre desenvolverse con libertad, mostrar interés en el paciente y en su situación, satisfacer las expectativas del paciente, mantener la confianza y el respeto mutuo, nunca sobrevalorarlo y lo más importante debe ser tratar al paciente exactamente como quisiéramos que nos trataran si tuviéramos el mismo problema de salud.

Para que el diagnóstico se lleve a cabo de la manera más exitosa, se deberían agregar datos como preocuparse del paciente no solo como tal, sino más bien como persona, captar el mensaje que nos quiere transmitir para que se desarrolle con sinceridad al momento de describir su condición, hacerlo sentir comprendido y acompañado, hacerle entender que el médico está para él y para ayudarlo a salir de su condición, inclusive mostrar interés para que el paciente sienta que el médico está en su disposición para ayudarlo en todo lo posible y nunca abandonarlo.

2.6.3 La anamnesis

Este paso es el principal para conseguir el diagnóstico médico en un 50 al 75 % de los diagnósticos que se los realizan por medio de un interrogatorio.

Varios autores han señalado diversos principios para que se realice un interrogatorio exitoso, entre los más importantes podemos indicar; hay que dejar que el paciente se exprese libre y espontáneamente, es decir que mantenga la confianza con el médico para poder expresar sin mesura y describir los síntomas que este padece, y describir el motivo de consulta o queja principal, definir todos los síntomas de la enfermedad actual, obtener la mayor descripción de los mismos (semiografía), las condiciones de aparición de dichos síntomas y el orden cronológico en el que estos aparecieron, también se debe incluir la duración total del cuadro clínico y la evolución de los síntomas con el paso del tiempo, si es el caso se expone algún tipo de tratamiento que haya recibido anteriormente, y por ultimo lo más importante relacionar los síntomas con situaciones familiares, afectivas, físicas, etc.

Tal y como indica (Rodríguez M. M., 2000) “queremos manifestar que por su importancia y por la frecuencia con que se producen errores en su pesquisa”, el análisis correcto y asertivo al momento de la consulta, son, a juicio correcto de los médicos, un concepto básico para obtener una anamnesis concreta, ya que si no se interpreta exactamente la queja principal del paciente, todo el recorrido para llegar al diagnóstico no será conducido por el camino correcto.

Pero si se lo aborda desde otra perspectiva, dicha descripción de los síntomas puede llegar a orientar y permitirle al médico descartar un número grande de posibilidades. Podemos citar a (Rodríguez M. , 2001) quien indica “que no es lo mismo decir que un paciente tiene un dolor torácico que describir un dolor retro esternal con las características de un dolor anginoso”,

¿cuáles son las posibilidades de que el diagnóstico se acertó al primer caso, o al segundo?, al parecer el resultado se acertaría según el conocimiento y experiencia del médico tratante, lo anteriormente mencionado lógicamente se puede aplicar a cualquier estado de alteración de la salud, por lo cual se debe mencionar que para interrogar bien hay que saber mucho.

2.6.5. El examen físico.

Este es el complemento del interrogatorio en la anamnesis, los signos físicos son señales o marcas que se las ilustran de manera objetiva, ya que estas son verificables de la enfermedad y representan hechos que no se someten a discusiones y que son sólidos.

El cambio de estos marca un significado cuando se confirman que representan un cambio funcional o estructural hacia el paciente y que se haya señalado con anterioridad en la anamnesis. Por lo que se debe tener en cuenta numerosos principios para un buen examen físico los cuales vamos a señalar a continuación.

Se debe tener un orden cronológico del conjunto que pertenece a los diferentes síntomas, se debe respetar así mismo el pudor y la privacidad del paciente, y concentrarse en el examen de cada segmento físico por separado y en orden, más no todo en conjunto y al mismo tiempo. Es importante realizar de manera cautelosa y exacta cada maniobra para evaluar cada segmento que el médico crea conveniente evaluar. Es importante que para la exploración física sea realizada de una correcta manera, esta debe guiarse según el interrogatorio, que se realizó con anterioridad, ya que si se tiene una sospecha para guiar el diagnóstico, se deben buscar todos los datos físicos que pueden producir dicha enfermedad.

Se debe hacer una descripción minuciosa de cada hallazgo encontrado (signo), y definir con claridad cuando el signo es erróneo o dudoso y clasificarlo como tal.

Otro principio esencial es que el examen físico no debe realizárselo de manera neutral, sino que este debe estar guiado por la anamnesis. Ya que si lo planteamos desde la perspectiva personal, lo que no se busca no se encuentra, y guiándolo hacia el médico tratante si este no sabe lo que busca no entenderá lo que encuentre. En este caso no solamente tenemos que guiarnos en los hallazgos ya que si no se aplica una técnica adecuada, el evaluador no se dará cuenta de los posibles signos existentes, y una mente preparada señalará la capacidad que tiene el evaluador de percatarse de ellos.

Para recalcar lo mencionado anteriormente, la historia clínica no solamente es un listado de síntomas y signos organizados cronológicamente, a más de eso es una síntesis de hechos y observaciones que han sido percatadas por el evaluador o médico tratante.

2.6.6. Asociación de síntomas y signos:

Los evaluadores médicos siempre tratan de agrupar los signos y los síntomas para poder realizar el diagnóstico de la manera más exacta, para ello siempre tratan de realizar asociaciones como las triadas, tétradas, y sobre todo los síndromes.

A medida que los médicos agrupan más síntomas y signos tienen que considerar menos enfermedades como causas del problema que presenta el paciente y su valor de esta manera será mayor, también se evalúa si hay síntomas y signos, que debido a su importancia se puede determinar los

específicos para una determinada enfermedad (Rodríguez M. , 2001), o su relación estrecha con la fisiopatología de esta, existen varios principios principales para el razonamiento diagnóstico y se debe tener en cuenta los siguientes (Rodríguez M. M., 2000):

Hacer un resumen objetivo del caso:

- Ordenar la información.
- Jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad,
- Valor predictivo, importancia relativa en la fisiopatología de la enfermedad, potencial gravedad, etcétera.
- Agrupar los síntomas y signos encontrados.
- Distinguir entre síndromes “duros” y “blandos”.
- No hipertrofiar el diagnóstico con la creación de síndromes artificiales.
- Ir del síntoma y signo al síndrome, la nosología y la etiología.
- Tener una visión holística evitando el reduccionismo.
- Existen enfermos, no enfermedades.

Después de haber realizado esta breve revisión sobre las bases y procedimientos para efectuar el diagnóstico médico, quisiéramos dejar por aclarado que una buena relación médico-paciente, una anamnesis depurada y un examen físico preciso son las bases en que se apoya cualquier razonamiento diagnóstico.

Hay diversos métodos y procedimientos para llegar al diagnóstico, todos tienen sus méritos, pero la utilización y combinación de varios de ellos le da más fuerza a nuestras conclusiones, ya que reuniendo los criterios necesarios y los más importantes se puede lograr un análisis exacto y llegar al diagnóstico preciso.

La tecnología es de gran ayuda en el diagnóstico, pero no sustituye a la clínica, ambas deben relacionarse armónicamente. Unas veces el peso específico mayor es de la clínica, y otras, de la tecnología.

El diagnóstico ha sido, es y será siempre un reto intelectual fascinante para los médicos, y una fuente inagotable de satisfacciones en su vida profesional, siempre y cuando se dominen sus bases y procedimientos.

2.7. Diagnóstico fisioterapéutico

El diagnóstico de Fisioterapia es complejo, y debe ser muy reflexivo y sistemático. Pesan en el proceso del diagnóstico las observaciones y las mediciones correspondientemente efectuadas y los signos, también aunque en menor medida los síntomas, ya que son más subjetivos y menos considerables.

Todo lo anterior, junto a los conocimientos modulados por la experiencia, permite identificar el problema y elaborar metas y unos actos de fisioterapia a desarrollar.

Como indica (Livingstone, 2008), “El fisioterapeuta debe investigar parámetros concretos y visibles de la actividad funcional que, en general, pueden medirse y cuantificarse: capacidad de bipedestación, longitud del paso, distancia dedos a pulpejo, balance muscular”, es decir que el fisioterapeuta debe inmiscuir a tal punto de lograr concretar en su mayoría todo lo posible para poder realizar un diagnóstico acertado.

(Peninou, 2000) Indica que “tras el examen de fisioterapia se procede a la evaluación, donde se formulan los objetivos de tratamiento, para ello se realiza un balance con la suma de exámenes de las diversas funciones”, de

esta manera se comprueban los puntos fuertes como las capacidades del paciente y los detalles débiles como las discapacidades del mismo por si fuera necesario reformular los objetivos, y con todo se elabora un plan de intervención.

Los objetivos del diagnóstico fisioterapéutico son las metas hacia donde se dirige el tratamiento y se pueden fijar a corto, medio y largo plazo. En fisioterapia los objetivos irreales, por ambiciosos en plazo o en logros, pueden originar esperanzas que se tornan vanas y crean en el paciente una falta de motivación posterior y asimismo, el que no sea capaz de asumir las posibles consecuencias o secuelas de la enfermedad sintiendo el tratamiento fisioterápico como un fracaso. Estos objetivos se han de fijar tras conocer el impacto de la discapacidad y, ante todo, deben ser claros y adaptados a las posibilidades del paciente.

El paciente debe experimentar los beneficios de la fisioterapia en cada sesión de tratamiento, consiguiendo una mejora ortopédica y siempre mediante el contacto humano. Se ha de explicar al paciente en un lenguaje claro y accesible el porqué de la elección de una técnica y como se va a organizar y desarrollar ésta.

Entonces el fisioterapeuta es aquel que se adapta al paciente y no al contrario, teniendo en cuenta su edad, patología, contexto social y profesional.

2.8. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en

el 2001. El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes relacionados con la salud del bienestar.

Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios relacionados con la salud. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: Funciones y Estructuras Corporales y Actividades-Participación.

La CIF brinda un lenguaje unificado para clasificar los cambios en las funciones y estructuras corporales, las actividades, los niveles de participación y los factores ambientales que afectan la salud. Esto ayuda a evaluar la salud, el funcionamiento, las actividades y los factores ambientales que ayudan u obstaculizan la máxima participación de las personas en la sociedad. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

2.8.1. Perspectiva de los componentes de la CIF

2.8.1.1. Afecciones de salud

Este término se refiere a enfermedades, afecciones, trastornos, lesiones y traumatismos. La condición de salud por lo general es un diagnóstico, por ejemplo: los trastornos del espectro autista, la espina bífida y las lesiones cerebrales traumáticas.

2.8.1.2. Estructuras corporales

Las estructuras corporales son las partes físicas del cuerpo, por ejemplo: el corazón, las piernas y los ojos.

2.8.1.3. Funciones corporales

Las funciones corporales describen la forma en que funcionan las partes y los sistemas del cuerpo, por ejemplo: el razonamiento, la audición y la digestión de los alimentos son funciones corporales.

2.8.1.4. Limitaciones funcionales

Las limitaciones funcionales son las dificultades que hay para completar una amplia gama de actividades básicas o complejas asociadas a un problema de salud, por ejemplo: pérdida de la vista, pérdida de la audición, incapacidad para mover las piernas.

2.8.1.5. Actividad

La actividad es la realización de una tarea o acción, por ejemplo: comer, escribir y caminar.

2.8.1.6. Limitaciones en la actividad

Las limitaciones en la actividad son las dificultades que enfrenta una persona para realizar ciertas actividades, por ejemplo: no poder lavarse los dientes o abrir un frasco de medicamentos.

2.8.1.7. Participación

La participación significa ser parte de una situación de la vida o tener un papel pleno en la sociedad, por ejemplo: ir a la escuela o practicar deportes. Esto también significa incorporar a las personas con discapacidades en todos los aspectos de los ámbitos político, económico, social y cultural de la comunidad.

2.8.1.8. Restricciones en la participación

Son problemas que una persona puede enfrentar al involucrarse en actividades cotidianas.

2.8.1.9. Factores ambientales

Los factores ambientales son componentes del ambiente que afectan la vida de una persona, por ejemplo: tecnología, apoyo y relaciones interpersonales; servicios; políticas y creencias de los demás.

2.8.1.10. Factores personales

Los factores personales son aquellos que tienen que ver con la persona, como edad, sexo, estado civil y experiencias de vida.

2.8.2. Partes principales de la CIF

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

2.8.2.1. Primera Parte. Funcionamiento y Discapacidad

- Funciones y Estructuras Corporales
- Actividades y Participación

2.8.2.2. Segunda Parte. Factores Contextuales

- Factores Ambientales
- Factores Personales

Sin duda alguna la CIF es un componente extremadamente detallado el cual clasifica todo tipos de discapacidades, de una manera detallada y con un lenguaje estandarizado que facilita la ubicación exacta de las discapacidades de manera global.

2.8.3. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de la CIF.

Este capítulo de la clasificación de las CIF hace referencia a las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos, de tal manera que la clasificación se basa de la siguiente manera:

2.8.3.1. Funciones de las articulaciones y los huesos

2.8.3.1.1. Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones

Funciones relacionadas con la extensión y la suavidad de movimiento de una articulación.

Incluye: funciones relacionadas con la movilidad de una o varias articulaciones vertebrales, hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, pequeñas articulaciones de las manos y de los pies; movilidad generalizada de las articulaciones; deficiencias tales como hiper-movilidad articular, rigidez articular, hombro “congelado”, artritis

Excluye: funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones (b715); funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760)

2.8.3.1.2. Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones

Funciones relacionadas con el mantenimiento de la integridad estructural de las articulaciones.

Incluye: funciones relacionadas con la estabilidad de una articulación, de varias articulaciones y de las articulaciones en general; deficiencias tales como articulación de hombro inestable, dislocación de una articulación, dislocación del hombro y la cadera Excluye: funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones (b710)

2.8.3.1.3. Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos

Funciones relacionadas con la amplitud y la suavidad de movimiento de grupos específicos de huesos, tales como la escápula, la pelvis, los huesos carpianos y tarsianos.

Incluye: deficiencias tales como escápula congelada y pelvis congelada Excluye: funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones (b710)

2.8.3.1.4. Funciones de las articulaciones y los huesos, otras especificadas y no especificadas

2.8.3.2. Funciones musculares

2.8.3.2.1. Funciones relacionadas con la fuerza muscular

Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos.

Incluye: funciones asociadas con la fuerza de músculos específicos o grupos de músculos, músculos de una extremidad, de un lado del cuerpo, de la mitad inferior del cuerpo, de todas las extremidades, del tronco y del cuerpo como un todo; deficiencias tales como debilidad de los músculos pequeños de las manos y los pies, parálisis muscular, paresia muscular, monoplejía, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía y mutismo aquinético

Excluye: funciones de las estructuras adyacentes del ojo (b215); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)

2.8.3.2.2. Funciones relacionadas con el tono muscular

Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente.

Incluye: funciones asociadas con la tensión de músculos aislados y grupos de músculos, músculos de una extremidad, músculos de un lado del cuerpo, músculos de la mitad inferior del cuerpo, músculos de todas las extremidades, músculos del tronco, y todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como hipertonía, hipotonía, espasticidad muscular Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)

2.8.3.2.3. Funciones relacionadas con la resistencia muscular
Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado periodo de tiempo.

Incluye: funciones asociadas con el mantenimiento de la contracción de músculos aislados y grupos de músculos, de todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como en la miastenia grave

Excluye: funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio (b455); funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con el tono muscular (b735)

2.8.3.3. Funciones relacionadas con el movimiento

2.8.3.3.1. Funciones relacionadas con los reflejos motores

Funciones relacionadas con la contracción involuntaria de los músculos, inducida automáticamente por estímulos específicos.

Incluye: funciones relacionadas con el reflejo de extensión, reflejos articulares, reflejos generados por estímulos nocivos y otros estímulos exteroceptivos; reflejo de retirada, reflejo bicipital, reflejo radial, reflejo de cuádriceps, reflejo patelar, reflejo aquiliano

2.8.3.3.2. Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario

Funciones relacionadas con las contracciones involuntarias de los músculos grandes o de todo el cuerpo inducido por la posición del cuerpo, el equilibrio y los estímulos amenazadores.

Incluye: funciones relacionadas con las reacciones posturales, reacciones de enderezamiento, reacciones de adaptación corporal, reacciones de equilibrio, reacciones de apoyo, reacciones defensivas

Excluye: funciones relacionadas con los reflejos motores (b750) b 760
Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios
Funciones asociadas con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos.

Incluye: funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios simples y movimientos voluntarios complejos, como:

Coordinación de movimientos voluntarios, funciones de apoyo del brazo o pierna, coordinación motora derecha-izquierda, coordinación ojo-mano, coordinación ojo-pie; deficiencias tales como problemas de control y coordinación, ej., la disdiadococinesia.

Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b765); funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770)

2.8.3.3.3. Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios

Funciones relacionadas con las contracciones no intencionadas, involuntarias sin propósito final o con algo de propósito final.

Incluye: contracciones involuntarias de los músculos; deficiencias tales como temblores, tics, manierismos, estereotipias, perseveración motora, corea, atetosis, tics vocales, movimientos distónicos y discinesia

Excluye: funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760); funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770)

2.8.3.3.4. Funciones relacionadas con el patrón de la marcha

Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo.

Incluye: patrones para caminar y para correr; deficiencias tales como marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica y patrón de marcha torpe o rígido

Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760); funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b765)

2.8.3.3.5. Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento

Sensaciones asociadas con los músculos o grupo de músculos del cuerpo y su movimiento.

Incluye: sensaciones de rigidez y tirantez muscular, espasmo muscular o contractura y pesadez muscular

Excluye: sensación de dolor (b280)

2.9. Funcionalidad

2.9.1. Que es la Funcionalidad

De acuerdo a la (OMS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, 2001), el funcionamiento que tiene un individuo en un desempeño específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores consiguientes como lo son los factores ambientales y personales, existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos consecuentes.

Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación única. La interacción funciona en dos direcciones: la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits o una restricción en el desempeño y/o realización por una o más limitaciones.

Sin embargo, es importante recoger datos de estos constructos, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos. Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles. Por ejemplo:

- Tener deficiencias sin tener limitaciones como una mal formación o desfiguración estética.
- Tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño y realización sin deficiencias evidentes como es lo que sucede en varias enfermedades.
- Tener problemas de desempeño o realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad como es la discriminación por una persona que padezca alguna enfermedad específica, como un paciente que sea portador de VIH o Cáncer.

- Tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia de problemas de desempeño y realización en el entorno habitual como lo es una persona que tenga limitaciones en la movilidad pero puede compensarla con instrumentos ortopédicos.
- Experimentar un grado de influencia en dirección contraria como es el claro ejemplo de la inactividad de las extremidades puede ocasionar una atrofia muscular.

De tal manera se constata que los factores personales y ambientales en el proceso. Estos factores interactúan con la persona que tenga una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona.

Los factores ambientales son externos a la persona como lo son la sociedad, las características arquitectónicas y barreras y el sistema judicial precedente en cada país, de tal manera que estos influyen dentro de la clasificación de factores ambientales, por otro lado, los factores personales no se clasifican en la versión actual de la CIF. Su evaluación, si fuese necesario, se adaptaría a la iniciativa del usuario.

Los factores personales pueden incluir:

- Sexo
- Raza
- Edad
- Otras condiciones de salud
- Forma física
- Estilos de vida
- Hábitos
- Infancia
- Estilos de afrontamiento

- Antecedentes sociales
- Educación, profesión
- Experiencia pasada y actual
- Conducta
- Personalidad, y otras características

Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

2.9.2. Diagnóstico de la funcionalidad física, con el Índice de Barthel

Según (Wade, 1992), “La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación física” (p.67) al momento de evaluar al paciente la dificultad que presenta para realizar acciones específicas que nos permitan ampliar el protocolo de tratamiento que vamos a utilizar con él. Así mismo (CK., 1986) señala que “los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es más alta al de la población general” (p. 5). De tal manera que se entiende que la evaluación de la funcionalidad representa un paso muy importante para poder determinar un proceso de rehabilitación física por el cual va a ser sometido el paciente, y de esa manera conseguir un tratamiento personalizado hacia la persona.

Además, la valoración de la funcionalidad física es una parte importante de los principales instrumentos utilizados para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud física. Actualmente (Benítez Rosario MA, 1992) indica que al “incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud” (p. 10). Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función

física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland.

El Índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y condiciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

(Gresham GE, 1980) Señala que “El IB se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955.” (p. 31) Y uno de los objetivos principales en esta época era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo esqueléticos, que corresponden plenamente a la funcionalidad física de ellos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

El Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable a pesar de que sus inicios fueron empíricos. El Índice de Barthel es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria.

El Índice de Barthel ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender al paciente discapacitado en el progreso de la capacidad funcional del mismo

2.9.3. Actividades de la Vida Diaria

Desde sus orígenes el ser humano ya tendía a utilizar sus propios recursos para lograr la supervivencia. (Romero, 2003) Cita que “con su evolución, fueron surgiendo diferentes formas de adaptación del sujeto al medio,

colocando al máximo sus habilidades y recursos para posibilitarle un mejor cuidado de su persona.” (p.34) Lo que se traduciría en una mayor competencia personal y social.

Actividades de la Vida Diaria son todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de manera lo más autónoma posible.

El objetivo que se persigue es la autonomía. Se hace referencia a la autonomía personal, cuando el sujeto es capaz de realizar actividades de la vida diaria basadas en sus propias capacidades, habilidades e intereses sin depender de nadie. Dentro de esto se podría hablar de diferentes grados de autonomía, ya que por ejemplo una persona con discapacidad física puede ser autónoma a pesar de requerir ayuda técnica y una persona con enfermedad mental no desempeñar actividades de la vida diaria a pesar de no tener ningún tipo de dificultad física.

(Retardation, 2002) Indica que “las actividades de la vida diaria constituyen un tema de interés especialmente para los profesionales vinculados al ámbito de la rehabilitación física, y del equipo multidisciplinario que lo conforma.” (p. 65) Dentro de las diferentes posibilidades del actuar humano existe un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal.

Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las responsabilidades personales en función de los distintos roles de la vida de quien lo conforma. A estas actividades se las conoce habitualmente como actividades de la vida diaria (AVD).

Las actividades de la vida diaria (AVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente, con el fin de lograr la independencia personal, (Anderson, 1973) indica que habitualmente dentro de las AVD se incluyen:

- La alimentación
- El aseo baño
- Vestido
- Movilidad personal
- Sueño y descanso

(Fernández-Ballesteros, 1992) Indica que “las actividades de la vida diaria son una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una sociedad.” (p. 23-25) Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad.

Las actividades de la vida diaria se pueden considerar dentro de las siguientes:

- **Aprendizaje y utilización del conocimiento:** experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.
- **Tareas y demandas generales:** realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.
- **Comunicación:** recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.
- **Movilidad:** cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte
- **Autocuidado:** lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.

- **Vida doméstica:** conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas).
- **Interacciones y relaciones interpersonales:** llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social.
- **Áreas principales de la vida:** educación, trabajo y empleo, y vida económica.
- **Vida comunitaria, social y cívica:** participación en la vida social fuera del ámbito familiar.

De cualquier modo, las actividades de la vida diaria están relacionadas con el logro de la independencia personal y la autonomía. En este sentido, se entiende que la independencia personal es la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, o realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Las actividades de la vida diaria enfocan y abarcan las actividades más frecuentes que realiza un sujeto, están relacionadas con:

- Familiar
- Diario
- Cotidiano
- Necesidades humanas
- Independencia
- Uso del tiempo
- Complejidad cognitiva

Todo esto va dirigido hacia uno mismo o en relación con el entorno en el que la persona se desenvuelve. De este modo, las actividades de la vida diaria no pueden reducirse a la mera conducta motora observable.

Estos aspectos toman mayor importancia en el ámbito aplicado y el establecimiento de programas de rehabilitación física, donde es muy importante considerar la tarea, el contexto y al sujeto, para que de esta manera el grupo multidisciplinario que lo conforma pueda integrar al paciente con un tratamiento inclusivo respecto a la adecuación del paciente hacia su funcionalidad y este pueda desenvolverse por sí solo consiguiendo la máxima potencialidad en su independencia.

2.10. Adaptabilidad

Se define a la adaptabilidad según (Farlex, 2012) como “la capacidad de una persona o cosa para adaptarse a un nuevo medio o situación”.

En el contexto de adaptabilidad durante ya muchos años se ha analizado con profundidad cual es la mejor manera para que las personas con discapacidad sean incluidas en la sociedad teniendo ellas también un papel importante como entes de desarrollo tanto personal, local, regional y nacional.

En base a la definición de adaptabilidad podemos tomar la frase que dice “es la capacidad de adaptarse a un medio o situación” de acuerdo a esta si analizamos de manera crítica podemos notar que la capacidad se enmarca en lo que un objeto o ya sea un individuo posee, características propias que las tiene dentro de su conformación física y las cuales va utilizar siempre que el las necesite, la adaptación se refiere a la capacidad de acomodarse a algo.

Entonces continuando en el análisis de la frase anterior podemos decir que la adaptabilidad de en una persona con discapacidad no es sino la

capacidad que tiene una persona para acomodarse a una situación, por ejemplo podemos comparar el mecanismo fisiológico que se emplea cuando una persona que toda su vida ha vivido a nivel del mar y cambia su residencia a un lugar de altura como por ejemplo Quito, la respuesta de adaptabilidad que tendrá su organismo se ve reflejada en el cambio en su conteo de glóbulos rojos como también sus manifestaciones físicas empezando por deshidratación de las mucosas y cambios en su metabolismo, esta fue la manera de su cuerpo para poder adaptarse a su nuevo medio en donde se va a desempeñar que si bien al organismo tiene un esfuerzo para poder adaptarse lo hace y el cuerpo del individuo en un tiempo estará listo para su nuevo ambiente .

En las personas con discapacidad no es algo muy diferente si bien un individuo que tiene una discapacidad adquirida costará mucho adaptarse a su nueva forma de vida en un tiempo logrará utilizar sus habilidades y sus estructuras físicas propias para desempeñarse en su nueva condición con la mayor facilidad y en lo posible no depender de otras personas.

En las personas con discapacidades congénitas es mucho más fácil su adaptabilidad al medio puesto que si una persona nace con discapacidad visual no tendrá la necesidad de saber qué color es el cielo, o si la bombilla de su habitación está encendida o está apagada puesto que ella nunca conocerá que el día es claro y la noche es oscura y su manera de desarrollarse en su medio es esta descubrir el día y la noche de diferente manera una de ellas puede ser que el día es caliente relacionándolo con el sol y la noche es fría y tranquila de la misma manera relacionándola con la luna.

Ahora si las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y los mismos deberes con la sociedad con sus preferencias es justo que se les inserte a la realidad social que tiene que educarse, trabajar, distraerse.

Hace poco tiempo atrás en la mayoría de ciudades del país no se pensaba en los espacios incapacitantes, las barreras físicas que se presentaban para

las personas cuando salían a la calle puesto que el simple hecho de salir a la tienda a una persona en silla de ruedas era una misión imposible, tenía que enfrentarse a las escaleras que habían en su casa para poder llegar a la calle y en la calle las escaleras que tenía que enfrentar para bajarse de la acera a la calzada y viceversa hasta cuando llegaba a la puerta de la tienda y sencillamente no podía llamar a la puerta porque el timbre estaba en un lugar alto que solo podía alcanzar una persona de pie, este en un supuesto de una persona en silla de ruedas.

En la actualidad se ha lanzado proyectos para hacer inclusivas a las ciudades del país, las cuales tienen rampas en la mayoría de las calles la exigencia de los organismos de control para que los edificios cuenten con accesos para las personas con discapacidad.

Por otro lado había también que enfocarnos en la adaptación de las personas con discapacidad a su ámbito laboral pero en los años posteriores nos centramos en que los aparatos tienen que ser adaptados a las personas sino las personas a los aparatos y eso en las personas sin discapacidad, en la actualidad esto ha tomado un cambio profundo puesto que los aparatos utilizados en el trabajo se están adaptando a las personas quienes los usan y eso también tiene repercusión en las personas con discapacidad, se adaptan los aparatos y de la misma manera se adecua un espacio para su completo desempeño.

2.10.1 Actividades básicas cotidianas

Las actividades de la vida diaria son las mismas llamadas básicas cotidianas pero las actividades básicas cotidianas se analizan en tres aspectos físicos, instrumentales y sociales en las cuales se analiza todo el entorno del paciente.

2.10.1.1. Las actividades básicas cotidianas físicas o físico

Son las actividades que ponen en evidencia las conductas sensorias motrices las cuales cumplen el rol de auto cuidado y supervivencia como lo expuesto ya se desempeñan directamente al auto cuidado del paciente y la supervivencia, son las primeras capacidades que se desarrollan en el ser humano.

Estas capacidades se desarrollan de manera jerárquica por el nivel de complejidad se las adquiere durante la infancia de acuerdo como se desarrollan los patrones de desarrollo, los cuales están determinados por la maduración neurológica y los factores culturales ya que de acuerdo a ellas se desarrollara sus capacidades y se desempeñó en la vida diaria

Por lo general las actividades básicas cotidianas físicas se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental , de la misma manera cuando una persona enferma estas funciones se van perdiendo de manera regresiva de las complejas a las más simples , por ejemplo la alimentación y el control de esfínteres es esencial para la supervivencia por tanto son los primeros en ser adquiridos y de la misma manera son los últimos en desaparecer y por otro lado vestirse y bañarse son los últimos en aprender puesto que depende del ámbito cultural del paciente y de la misma manera serán los primeros en desaparecer de la persona.

De manera jerárquica funciones adquiridas se las puede evidenciar así alimentación, continencia, movilidad, traslado y locomoción, usar el sanitario, vestido e higiene.

2.10.1.2. Actividades básicas cotidianas instrumentales

Se centra en la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida diaria e independiente de las personas en la comunidad, estas actividades

son el resultado de la suma de factores físicos, cognitivos y emocionales en una relación neuropsicológica compleja que permite la interacción con el medio de manera correcta con el entorno inmediato casa, barrio, comunidad, el sitio de trabajo entre otros campos que se desarrollara.

Estas actividades si bien su nombre dice instrumentales no conlleva solo el manejo de aparatos sino la capacidad del individuo de manejarse antes situaciones y como enfrenta el situaciones de la vida diaria donde se pone en práctica.

2.10.1.3. Actividades básicas cotidianas sociales

Estas actividades son todas aquellas que a más de poner en juego muchas actividades y funciones conjuga la realidad social en el medio que se desarrolla la persona.

Directamente las personas en su espacio por ejemplo una persona del ecuador hijo de mestizos tienen su desarrollo social en una sociedad diferente a la de un indígena Otavaleño por ejemplo sus actividades se centran en su manera de vestir puesto que por sus raíces esas son sus funciones que debieron ser adquiridas a cómo debe llevar su traje sus costumbres son estas las llamadas actividades básicas cotidianas sociales.

2.11. Marco Legal y Jurídico

En la constitución de la República del Ecuador (Asamblea, 2008) y en la ley orgánica de Discapacidades se describe los derechos de las personas con discapacidad y grupos de atención prioritaria en los siguientes artículos:

El **Artículo 47** de la constitución de la republica enuncia lo siguiente: el estado garantizara políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurara la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos e forma gratuita, en particular.
2. Para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
3. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas UE permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
7. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
8. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación e igualdad de condiciones. Se garantizara su educación dentro de la educación regular, los planteles regulares incorporan trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada, los establecimientos

educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementaran un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este tipo.

9. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centro educativos y programas de enseñanza específicos.
10. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.
11. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminaran las barreras arquitectónicas.
12. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.

En el **Artículo 48** establece: el estado adoptara a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.
2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.
3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
4. La participación política, que asegurara su representación, de acuerdo con la ley.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el

fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

6. El incentivo y apoyo para proyectos producidos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.
7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
8. La ley sancionara el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

La (Secretaria Nacional d. P., 2007 - 2010) en el artículo 49 establece que: “las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención.”

2.11.1. Personas con enfermedades catastróficas

En el **Artículo 50** de la constitución de la república se determina: El estado garantizara a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

2.11.2. Reglamento de la ley de discapacidades

El título II de las competencias de los ministerios de estado y otros organismos públicos y privados en relación con las discapacidades, en el artículo 4 acorde al reglamento de la ley de discapacidades las instituciones públicas y privadas deben garantizar que el Ministerio de Salud le corresponde asumir las siguientes responsabilidades:

10.- Establecer un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico funcional, mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidad los recursos y servicios, de manera que reciban una atención integral, individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio-cultural.

18.- Ampliar y reforzar los programas de intervención y estimulación temprana con participación de la familia y la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de riesgo, con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Bienestar Social, Instituto de Seguridad Social y organizaciones no gubernamentales.

22.- Organizar en todos los hospitales generales programas y servicio para la rehabilitación integral a las personas con discapacidad y atención integral a padres y a niños por problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia.

23.- Ampliar los programas de atención y rehabilitación integral en salud mental y enfermedades crónicas.

En el capítulo I de la salud, título VI de los derechos y beneficios de la salud según el **Artículo 64** garantiza que: los servicios que dan atención a las personas con discapacidad deberán considerar a estas, o a sus representantes en el caso de que aquellos no puedan participar por sí mismos, en la planificación y en la toma de decisiones relacionadas con su rehabilitación (ASAMBLEA 2008)

2.11.3. Plan del buen vivir

La (Secretaría Nacional d. P., 2013 - 2017) en su sección séptima enuncia que:

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.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética con enfoque del género y generacional.

2.11.4. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

En el **Artículo 35** de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria se establece que: Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de ella complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Investigación descriptiva: El propósito de esta investigación es la de describir situaciones y eventos. Esto es el decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Este tipo de estudio intenta especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, de esta manera se miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos que van a ser investigados.

Consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Investigación explicativa: La teoría, es la que constituye el conjunto organizado de principios, interferencias, creencias, descubrimientos y afirmaciones, por medio del cual se interpreta una realidad. Una teoría o

explicación, contiene un conjunto de definiciones y de suposiciones relacionados entre sí de manera organizada sistemáticamente.

Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Investigación correlacional: Porque uno de los objetivos consistió relacionar la funcionalidad y la adaptabilidad con la independencia en las personas con discapacidad, es decir medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular. (Hernández Sampier, 2004)

De esta manera vamos a relacionar dos variables y las relaciones existentes para poder llegar a una conclusión, de esta manera permite la asociación entre variables.

3.1.2 Tipos de Investigación Según El Grado de Abstracción

Según el grado de abstracción el tipo de investigación usada en este trabajo es aplicada, la misma que pretende la aplicación del conocimiento para la resolución de problemas, la utilidad de la producción del conocimiento es inmediata. (Martinez Mediano, 2014).

3.1.3 Tipo de investigación según la naturaleza de los datos

Cualitativo porque interpreta el fenómeno o problema de estudio de manera subjetiva, es un tipo de investigación que permite interpretar refiriéndose a lo

particular. Es decir interpreta la vida de las personas o grupos pequeños. (POSSO, 2011)

Cuantitativa porque consiste en describir la expresión de las cualidades en cantidad y permite utilizar análisis estadístico. (POSSO, 2011)

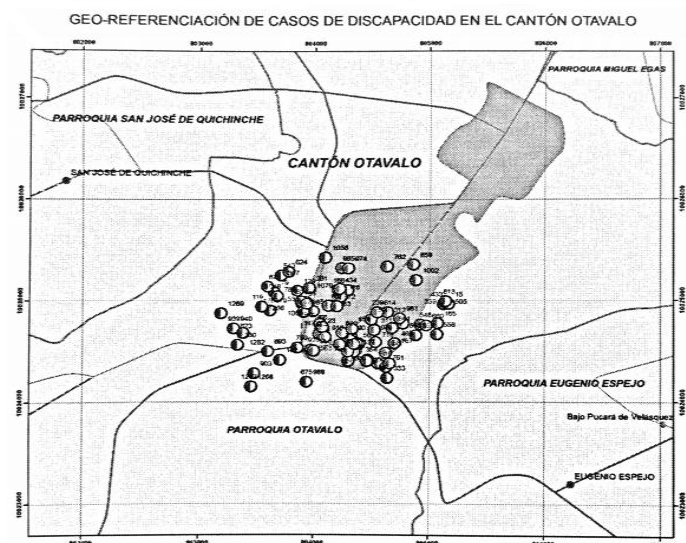
3.2. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación fue no experimental ya que no se presentó la manipulación de las variables y quienes realizaron la investigación únicamente observaron las situaciones presentadas en su ambiente natural; además es descriptivo porque se realizó una descripción sistemática de los datos obtenidos lo cual permitió caracterizar a los sujetos estudiados.

En vista de que se estableció un diagnóstico basado en una sola medición de variables se puede decir que es un diseño de corte transversal.

3.3.1. Localización

Mapa de georreferenciación de las personas con discapacidad en la parroquia San Luis de Otavalo



3.3.2. Población y muestra

Esta investigación fue ejecutada en las comunidades de Yacupata, Quinchunqui y la Bolsa de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo en la provincia de Imbabura; en las cuales se aplicó un instrumento a manera de encuesta, a las personas con discapacidad física, que constaban en la base de datos proporcionada por la Carrera de Terapia Física Médica, información que fue recopilada en la primera fase del Programa de Discapacidad de la Universidad Técnica del Norte. Siendo un total de 12 personas evaluadas, las cuales fueron previamente identificadas en la primera fase del macro proyecto.

SAN LUIS DE OTAVALO		PACIENTES
YACUPATA		1
QUINCHUNQUI		9
LA BOLSA		2
TOTAL		12

3.4. Operacionalización de variables

Variable Independiente: Discapacidad Física.

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
-------------------	--------------------------------	-------------	----------------------------

Es una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. (Organización Mundial de la Salud , 2014)	Paresia Plejía	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparesia • Diparesia • Paraparesia • Tetraparesia • Monoplejía • Diplejía • Paraplejía • Tetraplejía 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Encuesta
---	-------------------	--	---

Variable Dependiente: Independencia en las actividades básicas de la vida diaria

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍA O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-basicas-de-la-vida-diaria/	-Higiene personal -Ducha -Vestido -Alimentación -Control de esfínteres -Uso del inodoro -Movilidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Afeitado, higiene bucal, peinado, higiene de las uñas, manejo del material para cada una de las actividades. • Transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, enjuagarse y secarse. • Correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, acción de vestido-desvestido. • Control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino. 	- Observación - Encuesta

3.5. Métodos y técnicas de investigación.

Método Teórico:

- **Revisión bibliográfica:** La revisión bibliográfica es un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para un usuario que quiere dar respuesta a cualquier duda relacionada con su práctica, ya sea ésta clínica, docente, investigadora o de gestión.

-**Análisis de contenidos:** Se refiere a distintos tipos de unidades de análisis para obtener una visión de conjunto o efectuar comparaciones o clasificaciones, para lo cual se recurre a elementos clasificatorios o cuantificables: generalmente, habrá de limitarse a aspectos formales y al contenido manifiesto.

-**Histórico lógico:** Lo histórico está relacionado con el estudio de la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de una etapa o período.

Método Empírico:

Conlleva toda una serie de procedimientos prácticos con el objetivo y los medios de investigación que permiten revelar las características fundamentales y relaciones esenciales del objeto; que son accesibles a la contemplación sensorial. Este método representa un nivel en el proceso de investigación cuyo contenido procede fundamentalmente de la experiencia, el cual es sometido a cierta elaboración racional y expresado en un lenguaje determinado, entre los métodos tenemos: observación, medición, experimento.

-Encuesta es un procedimiento de investigación, perteneciente a los métodos de investigación descriptivo, el que el investigador espera conseguir datos por medio de un cuestionario previamente diseñado.

-Observación es un procedimiento dentro de la investigación que pertenece a los métodos de investigación descriptiva, en el cual el procedimiento fundamental es el registro de lo observado por el investigador.

Método Estadístico

Como proceso de obtención, representación, simplifica con, análisis, interpretación y proyección de las características, variables o valores numéricos del mencionado estudio, utilizando Microsoft Excel 2013 para mayor comprensión de la realidad y una optimización para la toma de decisiones.

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Permite revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección de la percepción, a través de procedimientos prácticos con el objeto de diversos medios de estudios.

Entre las técnicas tenemos: Encuesta.

La técnica aplicada en este estudio fue la encuesta que permitió recopilar los datos necesarios para desarrollar esta investigación; en donde se usó un cuestionario estructurado con 52 preguntas abiertas, cerradas dicotómicas y politómicas.

La encuesta permitió recopilar datos como la información personal del encuestado, aspectos referentes a la funcionalidad y adaptabilidad en las personas con discapacidad física

Para aplicar el instrumento se acudió a las comunidades de Yacupata, Quinchuqui y la Bolsa de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo en la provincia de Imbabura según la información proporcionada por la base de datos del programa de discapacidad de la UTN.

Para la sistematización y análisis de la información se utilizaron herramientas informáticas como el Excel.

3.7. Estrategias

Esta investigación fue realizada a cabo mediante un macro proyecto el cual fue propuesto de la carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte sobre discapacidad física el mismo que está compuesto en por varias fases.

En la primera fase se realizó una encuesta sobre discapacidad física mediante un programa llamado ODK a través de un medio electrónico en este caso un celular Android a las comunidades Yacupata, Quinchuqui y La Bolsa siendo los responsables directos de esta fase los estudiantes por egresar con el apoyo de los estudiantes de octavo nivel los cuales fueron los responsables de la segunda fase del proyecto. En la aplicación de la primera fase dio como resultado la obtención de la población con las características necesarias para el estudio, para conseguir lo antes mencionado se trabajó de lunes a viernes de 8 am a 4pm durante una semana.

Tiempo después se presenta el instrumento para ser utilizado en el diagnóstico de la funcionalidad el cual fue validado por docentes de la carrera de terapia física de la Universidad Técnica del Norte y profesionales expertos en temas de discapacidad y funcionalidad, se realizó un pilotaje de

este instrumentó en las diferentes lugares de la ciudad de Ibarra lo cual arrojó como resultado la viabilidad para aplicar en el proyecto de investigación.

Cuando fue otorgado el instrumento con las garantías necesarias se procedió a su aplicación los cuales tomaron una semana para ser aplicados en horarios diferentes puesto que en casos las personas a quienes se debía aplicar no se encontraba en casa por trabajo o por situaciones personales al término de la semana se obtuvo los datos requeridos de las personas que formaban parte de la población excluyéndose dos puesto que habían emigrado.

3.8. Validación y Confiabilidad

La encuesta utilizada en el estudio está basada la propuesta de instrumento para la valoración gerontológica integral, constructo, funcionalidad del libro Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano de Javier Daza Lesmes , que ha sido adaptado y validado por parte de la Carrera de Terapia Física Médica a través de un proceso de pilotaje realizado por docentes y estudiantes de la carrera liderados por Marcelo Lanchimba y Patricio Ron.

En un segundo momento la encuesta requería ser ponderado para lo cual los estudiantes Priscila Toro y Luis Marcillo, realizan un análisis de índices y escalas internacionales como el índice de Barthel, la Escala de Medición de la Funcionalidad e Independencia (FMI), y la escala de Glasgow Modificada, para luego concretar en una ponderación que lleva a la evaluación final de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

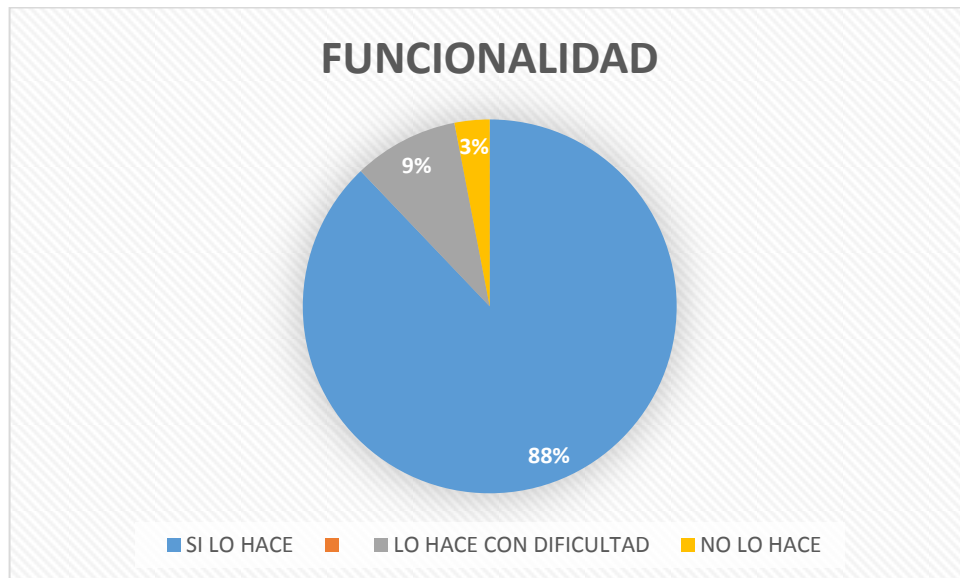
4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1 Funcionalidad - Paciente 1

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	29	87%
LO HACE CON DIFICULTAD	3	10%
NO LO HACE	1	3%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Pérdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 1 Funcionalidad - Paciente 1



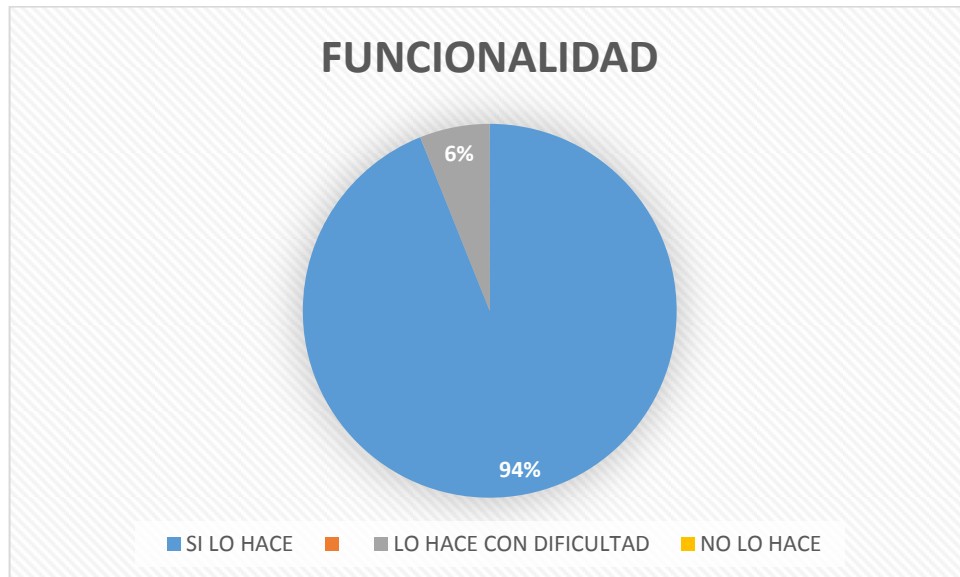
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, 29 preguntas es decir el 88 % puede realizar las mencionadas actividades, seguido de un 9 % correspondiendo a 3 preguntas lo hace con dificultad, y con un mínimo de 3 % equivalente a 1 preguntas no lo hace.

Tabla 2 Funcionalidad - Paciente 2

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	31	94%
LO HACE CON DIFICULTAD	2	6%
NO LO HACE	0	0%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 2 Funcionalidad - Paciente 2



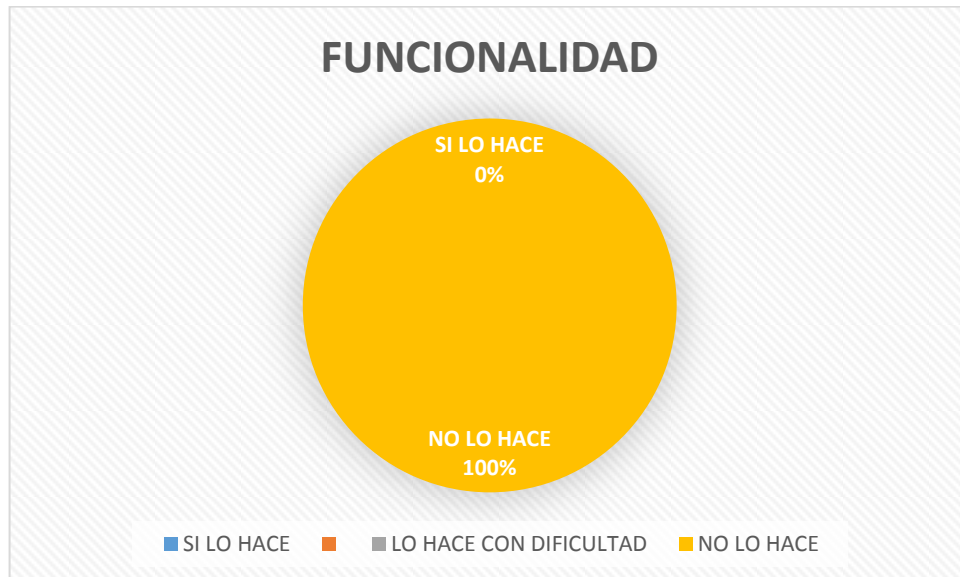
Análisis: Este gráfico indica que el 94 % de las preguntas refieren que los pacientes si pueden realizar las actividades, mientras que el 6 % de las preguntas les resultan con dificultad y un 0 % de las preguntas no lo hace.

Tabla 3 Funcionalidad - Paciente 3

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	0	0%
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0%
NO LO HACE	33	100%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 3 Funcionalidad - Paciente 3



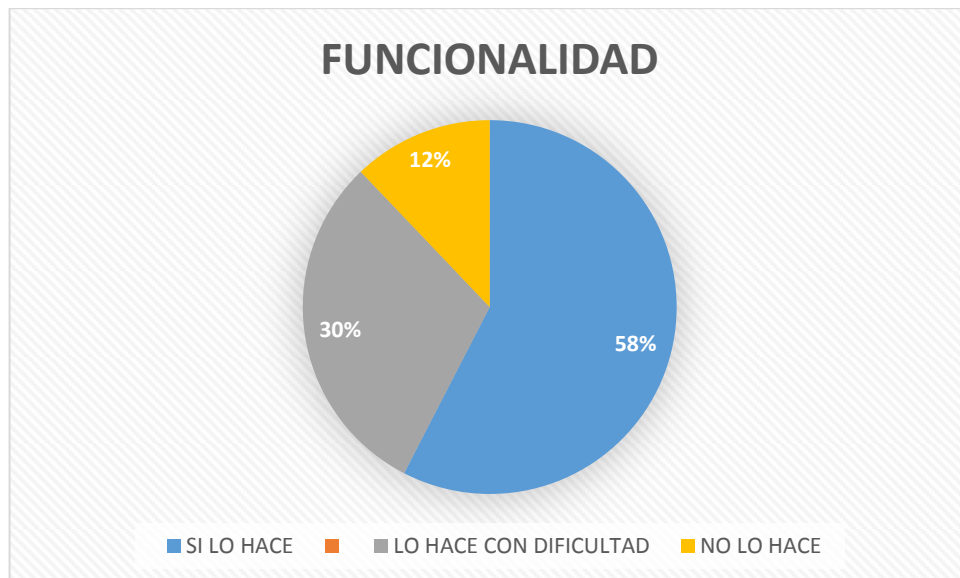
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, las 33 preguntas es decir el 100 % no puede realizar las mencionadas actividades con total y plena libertad.

Tabla 4 Funcionalidad - Paciente 4

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	19	58%
LO HACE CON DIFICULTAD	10	30%
NO LO HACE	4	12%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 4 Funcionalidad - Paciente 4



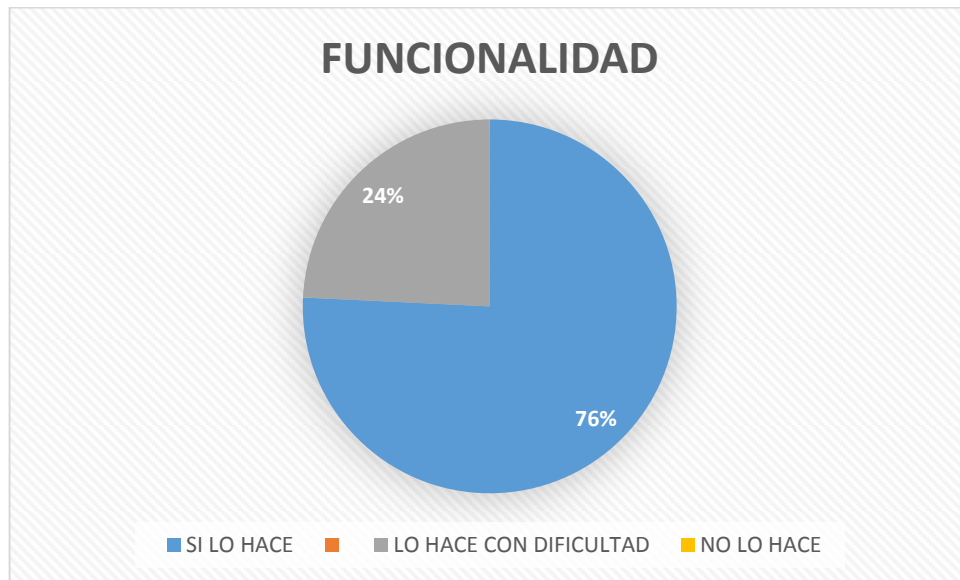
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, 19 preguntas es decir el 58 % puede realizar las mencionadas actividades, seguido de un 30 % correspondiendo a 10 preguntas, las cuales lo hace con dificultad, y con un mínimo de 12 % equivalente a 4 preguntas no lo hace.

Tabla 5 Funcionalidad - Paciente 5

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	25	76%
LO HACE CON DIFICULTAD	8	24%
NO LO HACE	0	0%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 5 Funcionalidad - Paciente 5



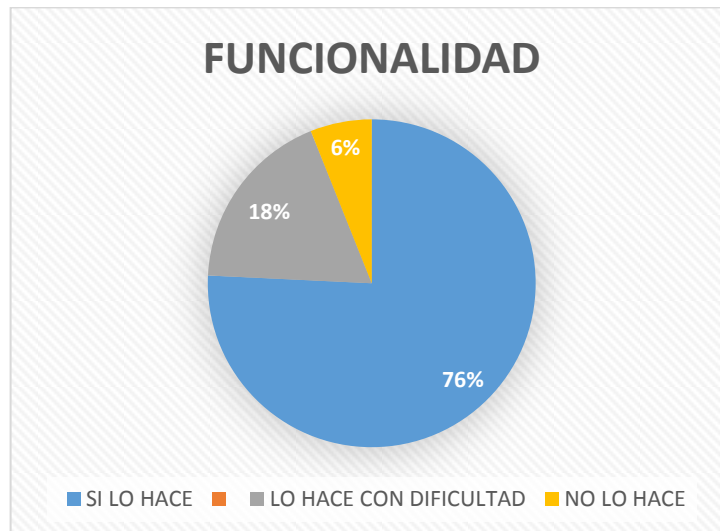
Análisis: Este gráfico indica que el 76 % de las preguntas realizadas refieren que los pacientes si pueden realizar las actividades solicitadas, mientras que el 24 % de las preguntas les resultan con dificultad.

Tabla 6 Funcionalidad - Paciente 6

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	25	76%
LO HACE CON DIFICULTAD	6	18%
NO LO HACE	2	6%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 6 Funcionalidad - Paciente 6



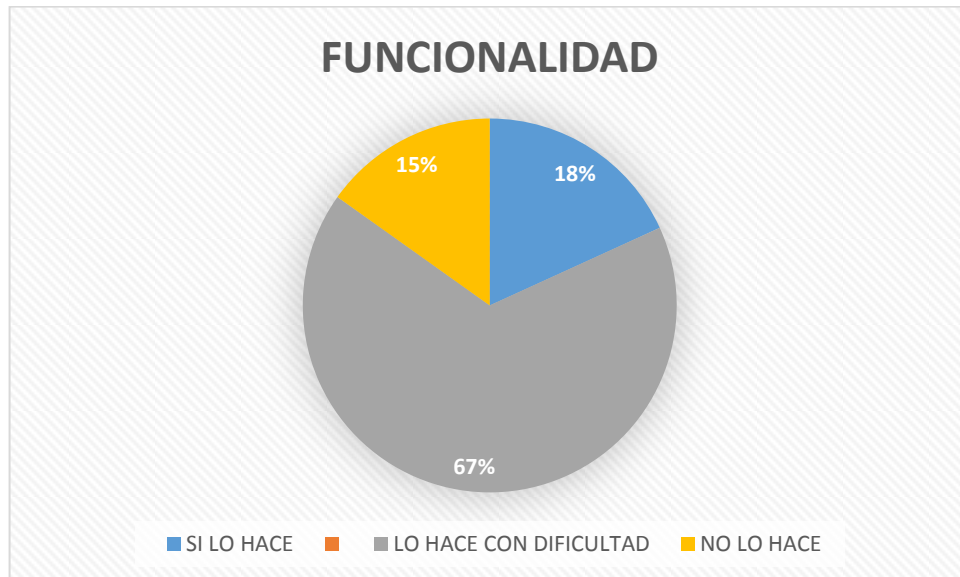
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, 25 preguntas es decir el 76 % puede realizar las mencionadas actividades, seguido de un 18 % correspondiendo a 6 preguntas, las cuales lo hace con dificultad, y con un mínimo de 6 % equivalente a 2 preguntas no lo hace.

Tabla 7 Funcionalidad - Paciente 7

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	6	18%
LO HACE CON DIFICULTAD	22	67%
NO LO HACE	5	15%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 7 Funcionalidad - Paciente 7



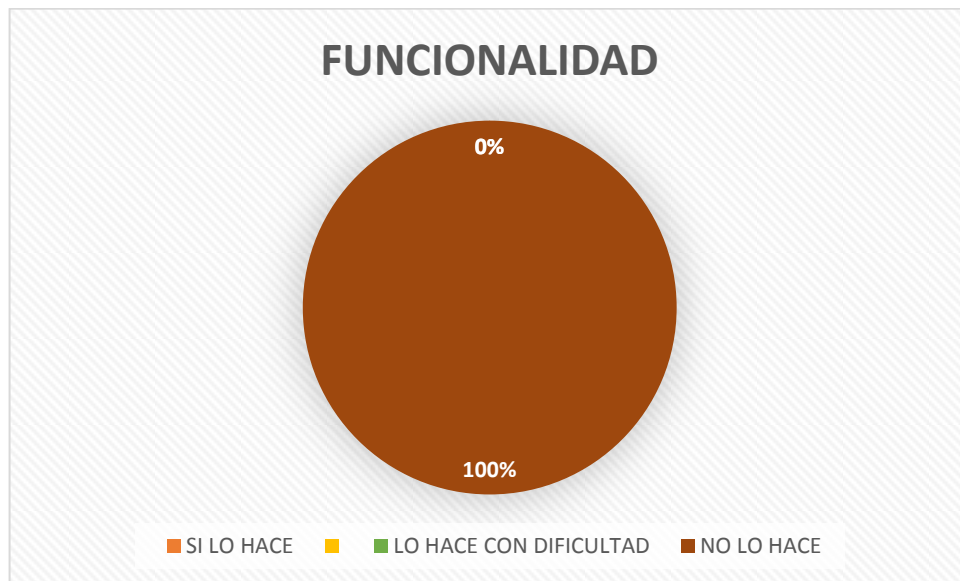
Análisis: El 67 % de las preguntas refieren que la persona con discapacidad realiza las acciones con dificultad, mientras que el 18 % si lo hace, continuando con un 15 % el cual no lo realiza.

Tabla 8 Funcionalidad - Paciente 8

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	0	0%
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0%
NO LO HACE	33	100%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 8 Funcionalidad - Paciente 8



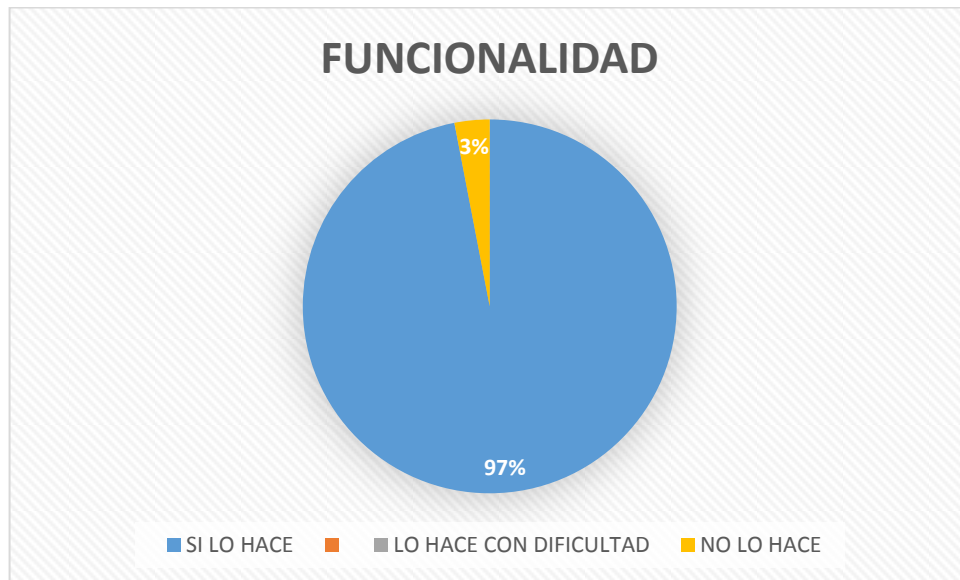
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, las 33 preguntas es decir el 100 % puede realizar las mencionadas actividades con total y plena libertad.

Tabla 9 Funcionalidad - Paciente 9

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	32	97%
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0%
NO LO HACE	1	3%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 9 Funcionabilidad - Paciente 9



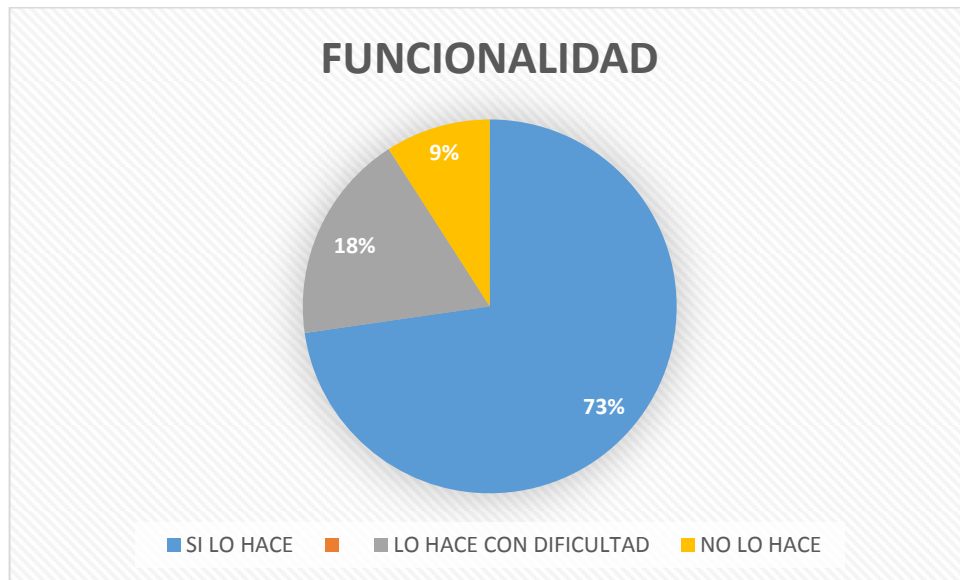
Análisis: Este gráfico indica que el 97 % de las preguntas realizadas refieren que los pacientes si pueden realizar las actividades solicitadas, mientras que con un mínimo correspondiente al 3 % de las preguntas les resultan con dificultad.

Tabla 10 Funcionalidad - Paciente 10

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	24	73%
LO HACE CON DIFICULTAD	6	18%
NO LO HACE	3	9%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 10 Funcionalidad - Paciente 10



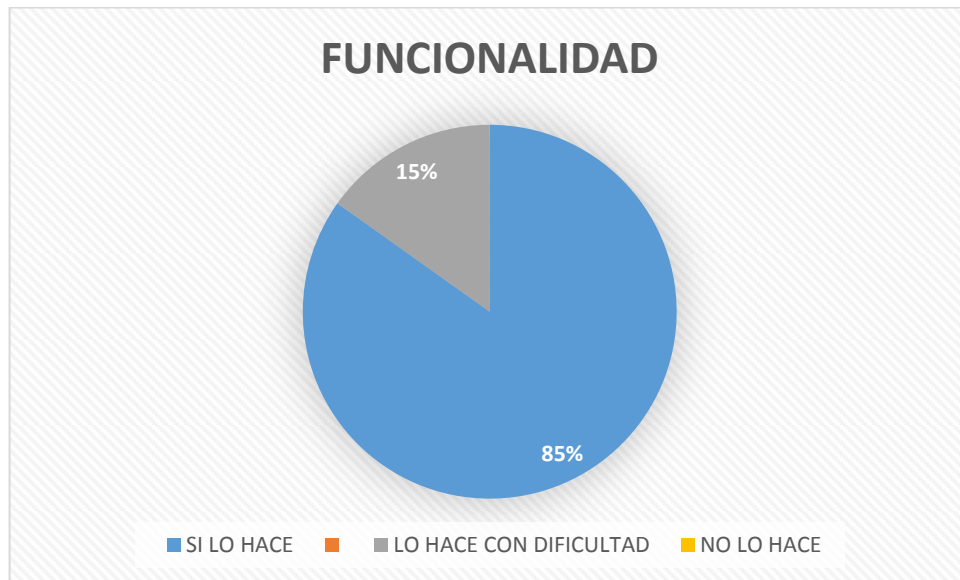
Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, 24 preguntas es decir el 73 % puede realizar las mencionadas actividades, seguido de un 18 % correspondiendo a 6 preguntas, las cuales lo hace con dificultad, y con un mínimo de 9 % equivalente a 3 preguntas no lo hace.

Tabla 11 Funcionalidad - Paciente 11

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	28	85%
LO HACE CON DIFICULTAD	5	15%
NO LO HACE	0	0%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 11 Funcionalidad - Paciente 11



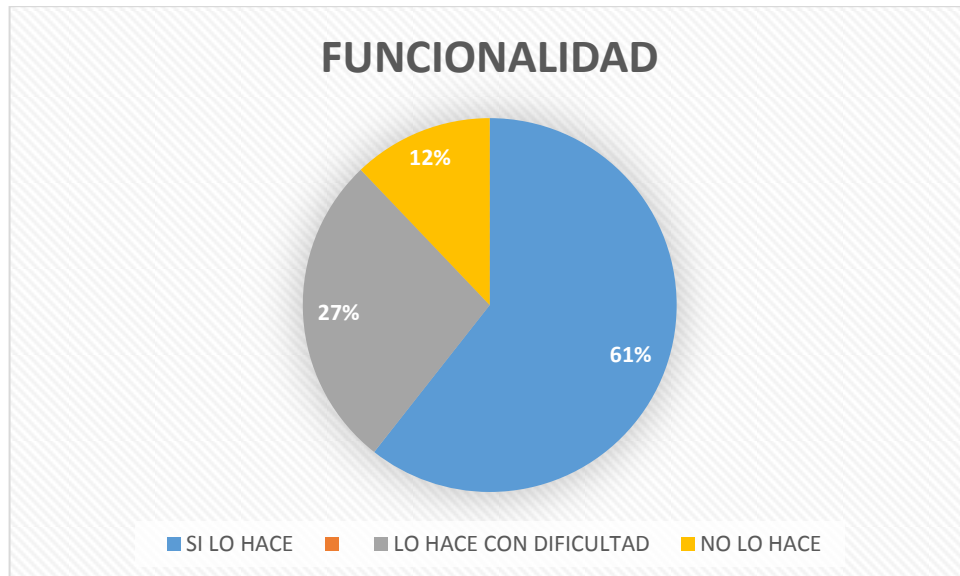
Análisis: Este gráfico indica que el 85 % de las preguntas realizadas refieren que los pacientes si pueden realizar las actividades solicitadas, mientras que con un mínimo correspondiente al 15 % de las preguntas les resultan con dificultad.

Tabla 12 Funcionalidad - Paciente 12

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	20	61%
LO HACE CON DIFICULTAD	9	27%
NO LO HACE	4	12%
TOTAL	33	100%

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Ilustración 12 Funcionalidad - Paciente 12



Análisis: De un total de 33 preguntas que conformaron la encuesta correspondiente al 100 %, 20 preguntas es decir el 61 % puede realizar las mencionadas actividades, seguido de un 27 % correspondiendo a 9 preguntas, las cuales lo hace con dificultad, y con un mínimo de 12 % equivalente a 4 preguntas no lo hace.

ADAPTABILIDAD

Tabla 13 Adaptabilidad - Paciente 1

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	2
NO	16
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 16 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 14 Adaptabilidad - Paciente 2

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	5
NO	13
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 – 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 – 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 13 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 15 Adaptabilidad - Paciente 3

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	14
NO	4
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 4 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia severa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 16 Adaptabilidad - Paciente 4

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	6
NO	12
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 12 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 17 Adaptabilidad - Paciente 5

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	2
NO	16
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 16 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 18 Adaptabilidad - Paciente 6

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	7
NO	11
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 11 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 19 Adaptabilidad - Paciente 7

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	8
NO	10
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 10 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida moderada de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Tabla 20 Adaptabilidad - Paciente 8

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	6
NO	12
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 12 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Tabla 21 Adaptabilidad - Paciente 9

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	3
NO	15
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 15 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 22 Adaptabilidad - Paciente 10

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	3
NO	15
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 15 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 23 Adaptabilidad - Paciente 11

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	1
NO	17
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 17 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

Tabla 24 Adaptabilidad - Paciente 12

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	4
NO	14
TOTAL	18

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

Análisis: Los resultados en la tabla indican que de un total de 18 preguntas realizadas durante la evaluación de la adaptabilidad el paciente obtuvo 14 puntos negativos, ubicándolo de esta manera en una pérdida leve de la adaptabilidad, lo cual indica que el paciente tiene una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

4.2. Discusión De Resultados

Tras realizar la respectiva investigación se esperó llegar a cumplir los objetivos de la investigación planteada, demostrando los siguientes resultados.

- En esta investigación El paciente 1, obtuvo un porcentaje de funcionalidad del 87% y una puntuación de 16 puntos negativos para la adaptabilidad. Verificando los resultados con las tablas de calificación, indica que el paciente tiene pérdida leve de la funcionalidad y pérdida leve de la adaptabilidad, ubicándolo de esta manera como un paciente que puede desenvolverse en su entorno físico libremente para realizar tanto las actividades de la vida diaria, como las actividades básico cotidianas.

- Según la investigación realizada El paciente 2, obtuvo un porcentaje de 94% de la funcionalidad, ubicándolo de esta manera como un paciente totalmente funcional, sin perdida alguna de la funcionalidad del mismo, en cuanto a la adaptabilidad, el paciente presento un resultado de 13 puntuaciones negativas lo cual lo ubica como una perdida leve de la misma y claramente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

- El estudio realizado permitió una valoración adecuada del paciente 3, quien obtuvo un porcentaje del 0% de la funcionalidad, ubicándolo de manera correspondiente como un paciente con pérdida total de la funcionalidad y con una limitación funcional en todas las áreas de evaluación, incluido de la misma manera en cuanto a la adaptabilidad con una puntuación de 4 negativas, ya que es un paciente con perdida grave de la adaptabilidad y con una dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

- El estudio realizado indico que el paciente número 4, después de realizar la evaluación correspondiente indico que el paciente el funcionalidad cumple con el 58 % de las actividades solicitadas ubicándolo de esta manera en una

pérdida moderada de la funcionalidad con una moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación, la funcionalidad de la motricidad gruesa, y moderada limitación de la motricidad fina, así mismo en cuanto a la adaptabilidad con un puntaje de 12 negativas se ubica al paciente con una pérdida moderada de la adaptabilidad indicando que el paciente cuenta con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

- Al realizar la evaluación de funcionalidad y adaptabilidad al paciente número 5, indico que este tiene una pérdida moderada de la funcionalidad con una moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación y una leve Limitación funcional de la motricidad gruesa, y moderada limitación de la motricidad fina con un total del 76 % de lo requerido por la evaluación, de igual manera en cuanto a la adaptabilidad con un total de 16 puntuaciones negativas, indicando que el paciente discapacitado tiene una pérdida leve de la adaptabilidad es un paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

- Al realizar la evaluación de funcionalidad y adaptabilidad al paciente número 6, indico que este tiene una pérdida moderada de la funcionalidad con una moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación y una leve Limitación funcional de la motricidad gruesa, y moderada limitación de la motricidad fina con un total del 76 % de lo requerido por la evaluación, así mismo al evaluar la adaptabilidad con un total de 11 puntuaciones negativas, indica que el paciente tiene una pérdida moderada de la adaptabilidad, el paciente tiene una dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

- La evaluación de la funcionalidad y adaptabilidad correspondiente al paciente número 7, evidencio un porcentaje del 18 % al momento de evaluar la funcionalidad dejando claramente categorizado en un paciente que tiene una pérdida severa de la funcionalidad con una limitación funcional severa de equilibrio y coordinación, una limitación funcional severa de motricidad gruesa y severa de motricidad fina, en cuanto al parámetro de la

adaptabilidad con una calificación negativa de 10 indica que el paciente tiene una pérdida moderada de la adaptabilidad, es un paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

- La evaluación realizada al paciente discapacitado número 8, indica que tiene pérdida severa de la funcionalidad con un resultado correspondiente al 0 %, y una puntuación en la adaptabilidad de 12/18 que indica pérdida leve de la misma. Pérdida moderada de la adaptabilidad es un paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

- Los análisis de los resultados permitieron evidenciar que el paciente número 9, obtuvo una calificación de 97%, que indica Pérdida Leve de la Funcionalidad con una Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación, en cuanto a la adaptabilidad con una puntuación de 15 indica una pérdida leve de la adaptabilidad, es un paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno.

- Luego de verificar las tablas de calificación de la funcionalidad y adaptabilidad los resultados indican que el paciente número 10, tiene una pérdida moderada de la funcionalidad con alteración en el equilibrio y coordinación, y una pérdida leve de la adaptabilidad, con una puntuación de 15 negativas de las 18 peticiones solicitadas.

- La realización del estudio permitió conocer el grado de funcionalidad del paciente número 11, obtuvo un porcentaje de funcionalidad de 85 % que dentro de la tabla de calificación indica pérdida leve de la funcionalidad. La tabla de calificación de la adaptabilidad indican una puntuación de 17 correspondiente a pérdida leve de la adaptabilidad.

- La realización del estudio manifiesta que el paciente con discapacidad número 12, Tiene un porcentaje de funcionalidad de 61 % equivalente a pérdida moderada de la funcionalidad con una moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación, una leve limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina severa, en cuanto a la

tabla de adaptabilidad muestra una pérdida leve de la misma, en un paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno.

Las actividades avanzadas necesarias para una vida socialmente satisfactoria comprenden un amplio espectro de actividades funcionales indispensables para la vida autónoma de un individuo. Están influenciadas por factores culturales y ambientales, así como por factores intrínsecos como los intereses, las motivaciones, los hábitos, y las habilidades sociales. (Daza Lemes, 2007)

Así mismo todo lo que embarca rehabilitación física se encuentra el de "Medición de La Independencia de la Funcionalidad (FMI), diseñado para medir los cambios en el nivel funcional a través del tiempo y los resultados del proceso de rehabilitación, utilizando calificadores numéricos que expresan el nivel de dependencia o discapacidad en relación con la cantidad y el tipo de asistencia que requiere el individuo." (Daza Lemes, 2007)

4.3. Respuesta a las Preguntas de investigación

¿Cuál es la relación que tiene la Funcionalidad y la adaptabilidad de los pacientes discapacitados evaluados?

Paciente	Adaptabilidad	Funcionalidad
Paciente 1	89 %	87 %
Paciente 2	72 %	94 %
Paciente 3	22 %	0 %
Paciente 4	67 %	58 %
Paciente 5	89 %	76 %
Paciente 6	61 %	76 %
Paciente 7	56 %	18 %
Paciente 8	67 %	0 %
Paciente 9	83 %	97 %
Paciente 10	83 %	73 %
Paciente 11	94 %	85 %
Paciente 12	78 %	61 %

Tabla 25 Relación Funcionalidad y Adaptabilidad

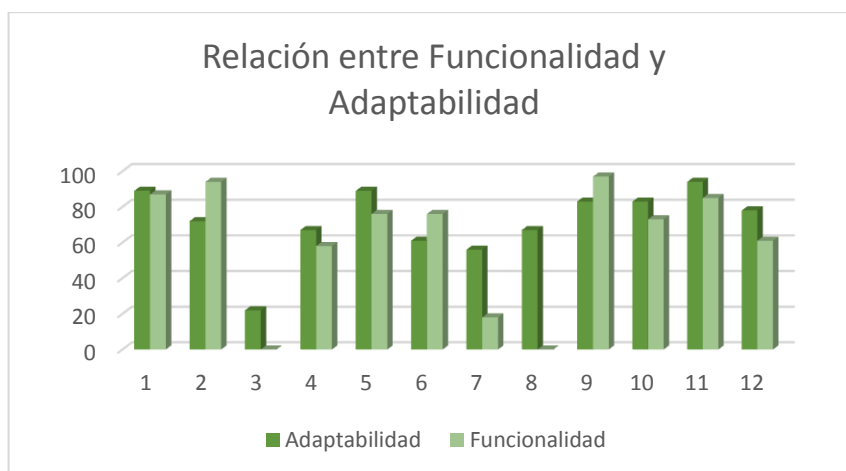


Ilustración 13 Relación de Funcionalidad y Adaptabilidad

La funcionalidad en un ser humano está determinado por la combinación de varios factores que ayudaran a la persona a ser totalmente funcional, las cuales en su interacción generan que la persona pueda desempeñarse en la vida diaria de manera integral.

La funcionalidad de una persona es relativamente igual de significativa que la adaptabilidad de la misma, puesto que, una persona si es completamente funcional, esta se va a adaptar al entorno que lo rodea.

En los porcentajes obtenidos de los resultados de la evaluación, se puede constatar que efectivamente estos resultados son similares, y de esta manera los dos interactúan en las actividades diarias que el paciente realice a lo largo de su vida.

Por lo tanto la funcionalidad en relación a la adaptabilidad, se enfocan en las actividades de la vida diaria y las actividades básico cotidianas respectivamente, siendo de esta manera dos procesos claves para la independencia del paciente y su desarrollo normal dentro del entorno que lo rodea.

¿Cuántas personas evaluadas necesitan de una tercera persona para que tenga un cuidado personalizado y poder desenvolverse en cualquier actividad propia del paciente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	33 %
NO	8	67 %
NO SABE	0	0 %
NO RESPONDE	0	0 %
TOTAL	12	100 %

Tabla 26 Resultado de Personas Evaluadas



Ilustración 14 Resultado de Pacientes con cuidados externos

De los 12 pacientes evaluados es decir el 33 % de los cuales representan 4 de los 12 pacientes evaluados, necesita de una tercera persona para que el tenga un cuidado personalizado y de esta manera poder desenvolverse en cualquier actividad propia del paciente, ya sea en la integración que él tiene en sus actividades de la vida diaria o en los cuidados de sus actividades básico cotidianas.

Reflejando el resultado que de 12 pacientes con discapacidad que fueron evaluadas 4 de ellos si necesitan de cuidados de una tercera persona de la supervisión constante de la misma.

Del mismo modo cabe recalcar que si un paciente discapacitado necesita de una tercera persona que se encargue de los cuidados y de una observación constante, claramente estamos hablando de un paciente que ha perdido en su gran mayoría la funcionalidad y la adaptabilidad, ya que el nivel de dependencia de una persona con discapacidad aumenta a medida que disminuye su funcionalidad, a menor funcionalidad mayor dependencia.

¿Cuáles son los resultados finales del diagnóstico realizado?

PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD	RESULTADO DE ADAPTABILIDAD
Paciente 1	Pérdida Leve de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 2	Pérdida Leve de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 3	Pérdida Severa de la Funcionalidad	Perdida grave de la adaptabilidad
Paciente 4	Pérdida Grave de la Funcionalidad	Perdida moderada de la adaptabilidad
Paciente 5	Pérdida Grave de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 6	Pérdida Grave de la Funcionalidad	Perdida moderada de la adaptabilidad
Paciente 7	Pérdida Severa de la Funcionalidad	Perdida moderada de la adaptabilidad
Paciente 8	Pérdida Severa de la Funcionalidad	Perdida moderada de la adaptabilidad
Paciente 9	Pérdida Leve de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 10	Pérdida Grave de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 11	Pérdida Leve de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad
Paciente 12	Pérdida Grave de la Funcionalidad	Perdida leve de la adaptabilidad

RESULTADOS DE LA FUNCIONALIDAD

Totalmente Funcional	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida leve de la Funcionalidad	4	33 %
Pérdida moderada de la Funcionalidad	0	0 %
Pérdida grave de la Funcionalidad	5	42 %
Pérdida severa de la Funcionalidad	1	8 %
Pérdida total de la funcionalidad	2	17 %
TOTAL	12	100 %

Tabla 27 Resultados Funcionalidad

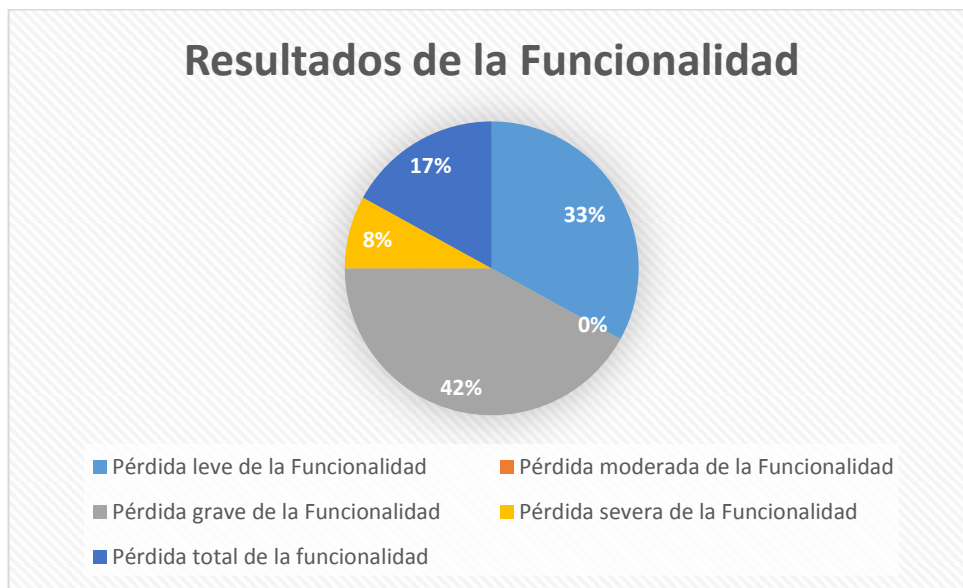


Ilustración 15 Resultados Funcionalidad

De un total de 12 pacientes a quienes se les aplicó el diagnóstico de la funcionalidad y la adaptabilidad, de acuerdo a su discapacidad con un 42 %, es decir 5 de los 12 pacientes evaluados siendo de esta manera la mayoría, indica con una mayor prevalencia una pérdida grave de la funcionalidad, ya que esto indica que el paciente tiene una limitación funcional grave del equilibrio y la coordinación, con una limitación funcional grave de la motricidad gruesa, y una pérdida severa de motricidad fina.

Un 33 % de pacientes correspondientes a 4 de los pacientes evaluados, quienes indican según la evaluación una pérdida leve de la funcionalidad con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación.

Seguido por un 17 % correspondiente a 2 de los 12 pacientes intervenidos, quienes reflejan una pérdida total de la funcionalidad, esto quiere decir que tienen una limitación funcional severa de equilibrio y coordinación, acompañada de una limitación funcional severa de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.

Y con una minoría del 8 % correspondiente a 1 paciente de 12 evaluados que refleja un resultado de una pérdida severa limitación en la funcionalidad severa tanto de su equilibrio y coordinación, como en la limitación funcional severa de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.

RESULTADOS DE LA ADAPTABILIDAD

RESULTADO DE ADAPTABILIDAD	frecuencia	Porcentaje
Totalmente adaptable	0	0 %
Perdida leve de la adaptabilidad	7	58 %
Perdida moderada de la adaptabilidad	4	33 %
Perdida grave de la adaptabilidad	1	8 %
Perdida severa de la adaptabilidad	0	0 %
TOTAL	12	100 %

Tabla 28 Resultados Adaptabilidad

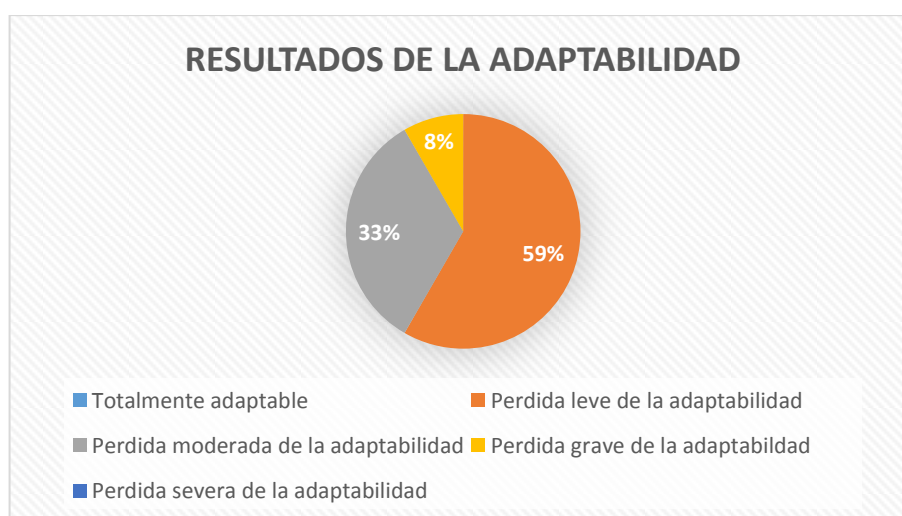


Ilustración 16 Resultados de Adaptabilidad

En cuanto a la adaptabilidad los resultados finales se representaron de la siguiente manera con un 58 % de los evaluados correspondientes a 7 de los 12 pacientes encuestados, dando como respuesta a una pérdida leve de la adaptabilidad, esto quiere decir q este grupo de pacientes sufren de una dependencia escasa con una inadecuación leve del entorno.

Seguido de un 33 % de los evaluados que corresponden a 4 de los 12 pacientes evaluados con resultado de una pérdida moderada de la adaptabilidad, esto quiere decir que los mencionados pacientes tienen una dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Y por último con una minoría del 8 % correspondiente a 1 paciente de los 12 evaluados reflejo un resultado de una pérdida grave de la adaptabilidad, esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

4.4. Conclusiones

Luego del análisis correspondiente de los resultados obtenidos se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- La funcionalidad en relación a la adaptabilidad, son en sí las actividades de la vida diaria y las actividades básico cotidianas respectivamente, siendo de esta manera dos procesos sumamente importantes para la independencia del paciente y su desarrollo normal dentro del entorno que lo rodea.
- La mayoría de personas con discapacidad de acuerdo a su discapacidad con un 42 %, siendo de esta manera la mayoría, indica con una mayor prevalencia una pérdida grave de la funcionalidad, de tal manera que esto influye directamente en la funcionalidad del mismo

- El 33 % de los pacientes evaluados necesita de una persona externa para que tenga un cuidado personalizado y de esta manera poder desenvolverse en cualquier actividad propia del paciente, siendo de tal manera que el nivel de dependencia de una persona con discapacidad aumenta a medida que disminuye su funcionalidad, a menor funcionalidad mayor dependencia.

- Al finalizar el análisis de datos se llegó a la conclusión de que la funcionalidad es directamente proporcional a la adaptabilidad de la persona con discapacidad, es decir que a medida de que aumenta la discapacidad, disminuye la funcionalidad y disminuye la adaptabilidad, y viceversa a mayor funcionalidad mayor adaptabilidad.

4.5. Recomendaciones

- Se recomienda aplicar evaluaciones detenidas a cada persona con discapacidad cuando se evalúa funcionalidad y adaptabilidad se debe observar minuciosamente puesto que hay acciones que se las confunde o simplemente están siendo compensadas por otra zona corporal.
- Es necesario contactarse con los dirigentes de las comunidades puesto que la mayor parte de los habitantes de estas comunidades son quichua hablantes tener la ayuda de una persona bilingüe y poder aplicar la evaluación necesaria al evaluado y de igual manera para poder explicar el proceso que se está efectuando y de lo que está siendo objeto la persona.

Glosario de términos

- **Monoparesia:** parálisis ligera de un solo miembro, usualmente este tipo de parálisis se confunde con debilidad muscular puesto que existe un rango de fuerza muscular pequeño.
- **Congénita.-** que se produce en la fase embrionaria o de gestación de un ser vivo.
- **Diparesia:** es la parálisis que afecta a dos miembros superiores o inferiores se suele confundir con debilidad muscular pero en si no llega a ser una parálisis puesto que existen vestigios de movimiento.
- **Toxoplasmosis.-** es una enfermedad infecciosa ocasionada por el protozoo *Toxoplasma gondii*, un parásito intracelular obligado. La toxoplasmosis puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales que afectan mayormente al feto, ocasionando la llamada toxoplasmosis congénita. También puede revestir gravedad cuando afecta a inmunodeprimidos como infectados por el VIH sin tratamiento antirretroviral efectivo.
- **Paraparesia:** es la parálisis que afecta a la mitad del cuerpo ya sea el lado izquierdo o el lado derecho.
- **Anomalía.-** desviación de un organismo órgano, tejido o célula de las características esenciales de su tipo.
- **Tetraparesia.-** es la debilidad de tres miembro ya sean dos inferiores y un superior o dos superiores y un inferior.
- **Distrofia.-** grupo de enfermedades hereditarias que producen debilidad de los músculos estriados, que son los que producen los movimientos voluntarios del cuerpo humano. Se caracterizan por debilidad muscular y alteraciones en las proteínas musculares que ocasionan la muerte de las células que componen este tejido
- **Monoplejía,-** es la parálisis total de un miembro ya sea superior o inferior.

- **Malformación.-** Malformación es una alteración de la forma producida por un trastorno del desarrollo. Así, las malformaciones pueden concebirse como el resultado de una reacción patológica propia de las estructuras biológicas en desarrollo. Esto significa que concluido el desarrollo deja de existir la posibilidad de que se produzca una malformación.
- **Diplejía.-** es la parálisis completa de dos miembros superiores o inferiores.
- **Acondroplastia.-** es una causa común de enanismo, se relaciona en el 75 % de los casos con mutaciones genéticas (asociadas a la edad parental avanzada) y en el 25% restante con desordenes autosómicos dominantes. El desorden en si consiste en una modificación al ADN causada por alteraciones en el receptor del factor de crecimiento 3 de los fibroblastos, lo que a su vez genera anomalías en la formación de cartílago.
- **Osteocondrosis.-** son una familia de enfermedades ortopédicas que se producen en niños y animales que crecen con rapidez, en especial cerdos, caballos y perros grandes. Se caracterizan por la interrupción del aporte sanguíneo al hueso, o bien una deficiencia en este aporte con respecto a las exigencias del hueso en rápido crecimiento.
- **Tetraplejía.-** es la parálisis total de los miembros ya sean superiores o inferiores.
- **Poliomielitis.-** es una enfermedad infecciosa, también llamada **polio** (de manera abreviada), que afecta principalmente al sistema nervioso. La enfermedad la produce el virus poliovirus. Se llama infantil porque las personas que contraen la enfermedad son principalmente niños. Se transmite de persona a persona a través de secreciones respiratorias o por la ruta fecal oral.
- **Minusvalía:** Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)

ANEXOS

ANEXO 1. FOTOGRAFÍAS

Fotografías de Quinchuqui

Foto 1. Fotografía con el presidente de la junta parroquial de Quinchuqui.



FUENTE: Comunidad de Quinchuqui 2014

RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

Fotografías de Quinchuqui

Foto 2. Aplicación de la primera encuesta a un paciente con discapacidad múltiple.



FUENTE: Comunidad de Quinchuqui 2014

RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

Fotografías de Quinchuqui

Foto 3. Aplicación de la primera, valorando la motricidad fina.



FUENTE: Comunidad de Quinchuqui 2014

RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

Fotografías de Quinchuqui

Foto 4. Aplicación de la primera encuesta, valorando la motricidad fina.



FUENTE: Comunidad de Quinchuqui 2014

RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

Fotografía de Yacupata

Foto 5. Aplicación de encuesta, introduciendo el objetivo de la valoración.



FUENTE: Comunidad de Yacupata 2014
RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

Fotografía de Yacupata

Foto 6. Aplicación de encuesta, introduciendo el objetivo de la valoración.



FUENTE: Comunidad de Yacupata 2014
RESPONSABLES: Ron P, Lanchimba M.

ANEXO 2. DOCUMENTOS

CERTIFICADO DE EGRESADO



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

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

Oficio 055-HCD
Ibarra, 27 de Octubre de 2014

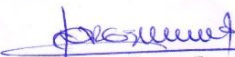
Dra.
Salome Gordillo
COORDINADORA CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Señora Coordinadora:

El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la salud en sesión ordinaria realizada del 4 de Septiembre de 2014, se declara en sesión permanente por el Período de Matrículas correspondiente al Período Académico Septiembre 2014-Febrero 2015, conoció oficio 2242-TF, de fecha 22 de Octubre 2014, respectivamente, suscritos por Ud. e informe favorable del doctor Jorge Guevara, Secretario Jurídico; y, al tenor del artículo 38 numeral 14 del Estatuto Orgánico, resolvió declarar **EGRESADOS**, a la señores/itas que se detallan:


NRO.	NOMBRES Y APELLIDOS	PROMEDIO
01	LAMCHIMBA CEPEDA WASHINGTON MARCELO	8,23
02	RON ZAMBRANO PATRICIO ANDRES	8,80

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


Dr. Jorge Guevara E.
SECRETARIO JURIDICO

Copia: Dra. Mariana Oleas, **DECANA**
Estudiantes



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA
FECHA 27/10/2014
HORA 19:39
RECIBIDO 

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.

ABSTRACT

DIAGNOSIS OF THE FUNCTIONALITY AND ADAPTABILITY OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN YACUPATA, QUINCHUQUI AND LA BOLSA IN OTAVALO, IMBABURA PROVINCE IN 2014

ABSTRACT

The presente research is focused in the level of autonomy of handicapped people who live in the city of Otavalo specifically in the Yacupata, Quinchuqui and La Bolsa communities

The present work applies an evaluation tool to determine features like functionality and adaptability of each one of the assessed people. Functionality determines motor, equilibrium and coordination capabilities. Adaptability shows the interaction between mental and physical capabilities to perform an action.

This survey was applied in twelve people from the above mentioned communities, having two exclusions due to migration.

Results showed (1) severe loss of functionality in 42% of the assessed persons, associated to disfunctionality with equilibrium and coordination, affecting their gross motricity, (2) low loss of functionality in the 33% of people causing low functional limitation for activities that require equilibrium and coordination and (3) a 17% of assessed persons with a total loss of their functionality.

As a conclusion, most of the assessed people are prone to adapt his live style requirements to their environment, by themselves or with a third person help.

Just 17% of persons need permanently help to perform all of their daily activities.

Checked by Daniela Cuzco


[Handwritten signature]

APROBACIÓN Y NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR DE TESIS



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

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

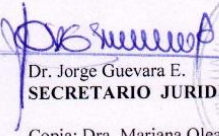
Oficio 156-HCD
Ibarra, 03 de Diciembre de 2014

Dra.
Salomé Gordillo
COORDINADORA CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria realizada del 20 de Noviembre de 2014; conoció oficio 1546-D 12/11/2014 y oficio 11-TFM de fecha 10/11/2014 suscrito por Ud.; al respecto, resolvió acoger la resolución de la Comisión Asesora y aprobar el Proyecto de Tesis **“DIAGNOSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI, LA BOLSA DEL CANTÓN OTAVALO EN LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014”**, de autoría de las señor/itas PATRICIO ANDRES RON ZAMBRANO y WASHINGTON MARCELO LAMCHIMBA CEPEDA.

Se nombra como **Director de Tesis** a **Lic. Daniela Zurita**. Al tenor de la Disposición Transitoria Quinta, inciso segundo del Reglamento de Régimen Académico y artículo 160 del Reglamento General, el estudiante dispondrá como máximo 18 meses para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterá a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución.

Atentamente,
“CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”


Dr. Jorge Guevara E.
SECRETARIO JURIDICO

Copia: Dra. Mariana Oleas, DECANA
Lic. Daniela Zurita Director de tesis
Estudiante

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA Formulario de Consentimiento Informado

Estimado participante:

Selección aleatoria

Usted ha sido seleccionado al azar para formar parte de esta encuesta y, por esta razón, deseamos entrevistarle. Esta encuesta de Adaptabilidad y Funcionalidad de Discapacidad fue realizada por docentes y estudiantes de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte, y será llevada a cabo por estudiantes de la carrera de Terapia Física Médica.

Confidencialidad La información que usted proporciona es completamente confidencial y no se revelará a nadie. Sólo se usará con fines de investigación. Su nombre, dirección y otra información personal se eliminarán del instrumento, y sólo se usará un código asociado a su nombre y a sus respuestas, sin identificarlo. Es posible que el equipo de la encuesta se vuelva a poner en contacto con usted sólo si es necesario completar la información sobre la encuesta.

Participación voluntaria

Su participación es voluntaria y usted puede retirarse de la encuesta después de haber dado su conformidad para participar. Usted está en libertad de negarse a responder a cualquier pregunta que se haga en el cuestionario. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta.

Consentimiento para participar

Su firma en este consentimiento indica que usted comprende lo que se esperará de usted y que está dispuesto participar en esta encuesta.

Por la presente, proporciono mi **CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO** para participar en la encuesta de adaptabilidad y funcionalidad de discapacidad.

Nombre:

Firma:

Padre o tutor:

Firma:

ANEXO 3. ENCUESTA



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

ENCUESTA DEL DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES YACUPATA, QUINCHUQUI, LA BOLSA DE LA PARROQUIA MIGUEL EGAS DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2014.

NOMBRE: _____
CEDULA: _____
EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
ETNIA : _____
GENERO : _____
CARNET DEL CONADIS : _____
NUMERO DEL CARNET DEL CONADIS : _____
TIPO DE DISCAPACIDAD: _____
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD : _____
DIRECCION DE DOMICILIO : _____
REFERENCIA DOMICILIARIA: _____
NUMERO DE TELÉFONO: _____
PROVINCIA : _____
CANTON : _____
PARROQUIA: _____
COMUNIDAD: _____

FUNCIONALIDAD

EVALUACION DE LA MOTRICIDAD GRUESA

1. ¿POR FAVOR, TOQUESE LAS RODILLAS CON LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

2. ¿POR FAVOR, TOQUESE LAS RODILLAS CON LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

3. ¿POR FAVOR, TOMAR LA PELOTA DEL PISO CON LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

4. ¿POR FAVOR, TOMAR LA PELOTA DEL PISO CON LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

5. ¿POR FAVOR, SENTESE Y COLOQUE LA PELOTA ENTRE SUS PIERNAS CON LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

6. ¿POR FAVOR, SENTESE Y COLOQUE LA PELOTA ENTRE SUS PIERNAS CON LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

7. ¿POR FAVOR, LEVANTE LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

8. ¿POR FAVOR, LEVANTE LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

9. ¿POR FAVOR, TOCARSE LOS PIES CON LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

10. ¿POR FAVOR, TOCARSE LOS PIES CON LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

11. ¿POR FAVOR, TOCARSE LOS PIE DERECHO CON LA MANO IZQUIERDA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

12. ¿POR FAVOR, TOCARSE LOS PIE IZQUIERDO CON LA MANO DERECHA?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

13. ¿POR FAVOR, PARARSE SOBRE EL PIE IZQUIERDO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

14. ¿POR FAVOR, PARARSE SOBRE EL PIE DERECHO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

15. ¿POR FAVOR, MANTENER EL EQUILIBRIO DE PIE OJOS CERRRADOS?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

16. ¿POR FAVOR, PONERSE DE RODILLAS SOBRE EL SUELO COMO GATITO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

17. ¿POR FAVOR, PUEDE SUBIR UNA ALTURA DE UNA GRADA ALTERNANDO LOS PIES REPETIDAMENTE?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

18. ¿POR FAVOR, PASAR LAS HOJAS DE UN CUADERNILLO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

19. ¿POR FAVOR, CAMINAR DIEZ PASOS?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

20. ¿POR FAVOR, COLOQUE FUERA LOS OBJETOS DE LA CAJA Y COLOQUELOS OTRA VEZ DENTRO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

21. ¿POR FAVOR, COLOCAR UN VASO SOBRE OTRO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

22. ¿POR FAVOR, REPETIR MOVIMIENTOS DEL ENCUESTADOR (CABEZA, APLAUDA, ABRACESE)?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

23. ¿TIENE DEPENDENCIA DE MEDICACION?

SI TIENE	NO TIENE	NO RESPONDE	NO SABE

EVALUACION DE MOTRICIDAD FINA

24. ¿POR FAVOR, PINTE EL GRAFICO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

25. ¿POR FAVOR, UNA LOS PUNTOS?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

26. ¿POR FAVOR, CORTAR POR DONDE VA LA LINEA EL PAPEL?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

27. ¿PUEDE DECIR EL NOMBRE DE LOS OBJETOS QUE EL ENCUESTADOR LE VA A MOSTRAR?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

28. ¿POR FAVOR, PUEDE HACER CARA TRISTE?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

29. ¿POR FAVOR, PUEDE HACER CARA FELIZ?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

30. ¿PUEDE DECIRNOS EN QUE MES ESTAMOS?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

31. ¿PUEDE MENCIONARNOS LA FECHA DE SU NACIMIENTO?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

32. ¿PUEDE INDICARME EN QUE LUGAR ESTAMOS?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

33. ¿PUEDE INDICARME QUE DIA ES HOY?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

34. ¿PUEDE INDICARME NOMBRE CON QUIEN VIVE?

SI LO HACE	NO LO HACE	LO HACE CON DIFICULTAD	NO RESPONDE

ADAPTABILIDAD

35. ¿EN SU DOMICILIO EXISTE UNA PERSONA DESTINADA A SU CUIDADO?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

36. ¿USTED DESAYUNA ALMUERZA Y MERIENDA?

DESAYUNA ALMUERZA Y MERIENDA	OTRAS	NO RESPONDE

37. ¿NECESITA DE AYUDA PARA BAÑARSE?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

38. ¿NECESITA AYUDA PARA UNA RUTINA DIARIA DE ASEO PERSONAL?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

39. ¿NECESITA AYUDA PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

40. ¿NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE CON UN INSTRUMENTO O PERSONA, ETC? INDIQUE CUAL?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

41. ¿NECESITA AYUDA PARA ACOSTARSE O LEVANTARSE DE LA CAMA?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

42. ¿NECESITA AYUDA PARA SALIR DE SU CASA?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

43. ¿NECESITA AYUDA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DOMESTICAS, COMO BARRER, TENDER LA CAMA, LAVAR LOS PLATOS, ETC?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

44. ¿NECESITA AYUDA PARA COCINAR O SERVIR LOS ALIMENTOS?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

45. ¿NECESITA AYUDA PARA REALIZAR COMPRAS, IR AL MEDICO, BANCO, IGLESIA, ETC.?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

46. ¿NECESITA AYUDA PARA SUBIR O BAJAR ESCALERAS?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

47. ¿NECESITA AYUDA PARA ADMINISTRAR EL DINERO?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

48. ¿USTED ASISTE A ACTIVIDADES SOCIALES, RECREACIONALES, VOCACIONALES, ETC?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

49. ¿UTILIZA ADECUADAMENTE EL SERVICIO DE TRANSPORTE?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

50. ¿USTED ES MALTRATADO DENTRO DEL HOGAR?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

51. ¿UTILIZA PAÑAL?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

52. ¿USTED SE CONSIDERA UNA PERSONA DISCAPACITADA?

SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE

Fuente: Ron P., Lanchimba C.

ANEXO 4. TABLAS

1. Tabla de Funcionalidad

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS
100%	-Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
80%-99%	-Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
60%- 79%	-Pérdida Moderada de la Funcionalidad Moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación. Leve Limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina
40%-59%	-Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional moderada la motricidad gruesa y moderada motricidad fina
20%-39%	-Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.
1%-19%	-Perdida Profundad de la Funcionalidad Limitación Funcional severa en equilibrio , coordinación, motricidad gruesa y fina
0%	-Pérdida Total de Funcionalidad Limitación funcional en todas las áreas de evaluación.

Fuente: Marcillo L., Toro P.

2. Tabla de Adaptabilidad

DEPENDENCIA		ENTORNO			RESULTADO DE ADAPTABILIDAD	
PREGUNTAS 35, 37-47		PREGUNTA 36, 48-52	VALOR	RESULTADO		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI=0.5	6 Entorno Totalmente adecuado	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA		¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=0			5 Inadecuación leve del entorno
		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente?	SI=0			4 Inadecuación moderada del entorno
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		12	¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 Inadecuación grave del entorno	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
					2 Inadecuación severa del entorno	
					1 Inadecuación total del entorno	
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	RESULTADO DEL PACIENTE 6	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5			3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
TOTAL	12		6		0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	
		TOTAL			18	

Fuente: Marcillo L., Toro P.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLAN GARCIA Antonio, H. C. (2011). *Definiciones de Discapacidad en España*. Madrid: informes portal mayores N° 109.

Anderson, J. y. (1973). *Human Associative Memory*. Washington: Wisnston & Sons.

Asamblea, C. (2008). *Constituion de la republica del Ecuador*. Montecristi: Constituion de la republica del Ecuador.

Benavides Solis, J. (1983). *Gerografía historica: El manejo del espacio en el Ecuador, etapas claves. Geografía basica del Ecuador*. Quito: Centro Ecuatoriano de Investigacion Geografica.

Benítez Rosario MA, V. D. (1992). *Valoracion del grado de autonomia de los ancianos Atencion Primaria*. España: Medical.

Bernard. (1976). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Barcelona: Fontanela.

Braunwald E. Harrison. (1989). *Principios de medicina interna. Vol 1*. Madrid: Mc Graw-hill.

Cantore, H. (2010). *Causas y consecuencias de la Discapacidad*.

CK., F. A. (1986). *Scientific and clinical problems in indexcs of functional disability*. Ann Intern Med.

Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades. (10 de Septiembre de 2014). *Registro Nacional de Discapacidades*. Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/registro_nacional_discapacidades.pdf

Daza Lemes, J. (2007). *Evaluación Clínico-Funcional Del Movimiento Corporal Humano*. Bogota: Panamericana.

Disabilities, N. J. (2 de mayo de 2006). *Learning disabilities and young children: identification and intervention*. Obtenido de LD online: http://www.ldonline.org/article/Learning_Disabilities_and_Young_Children%3A_Identification_and_Intervention?theme=print

Editorial Vistazo. (2010). En Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad, dice el Gobierno. *Vistazo*.

Farlex. (2012). *Spanish - English Medical Dictionary*. New York: Farlex.

Fernández-Ballesteros. (1992). *Evaluación e intervención en la vejez, actividades de la vida diaria en la vejez*. Barcelona: Martínez-Roca.

Gresham GE, P. T. (1980). *Status in stroke: relative merits of three standard indexes*. Med Rehab.

Hernández Sampier, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. La Habana: Félix Varela.

IMSERCO. (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías*. OMS: IMSERCO.

- J. Diaz, J. F. (1993). *El Diagnostico en la atención primaria*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Livingstone, C. (2008). *Vías Anatómicas. Meridianos miofasciales para terapeutas manuales y del movimiento*. Colombia: Elsevier.
- Martinez Mediano, C. (2014). *Técnicas e Instrumentos de Recogida y Analisis de Datos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Menlo Park, C. (2012). Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities. . *Kaiser Family Foundation*, 234-241.
- MINSAP. (2003). *Formulario Nacional de Medicos*. La Habana: Ciencias Médicas.
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
- OMS. (9 de junio de 2011). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (Diciembre de 2014). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Organización Mundial de la Salud. (22 de Octubre de 2013). *54 asamblea mundial de la salud. recuperado el 22 de enero de 2009*. Obtenido de <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.

Organizacion Mundial De la Salud y Banco Mundial. (15 de 09 de 2014). *Informe mundial Sobre la Discapacidad*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Organization, World Healt. (5 de Enero de 2014). *International Classification of Impaitments, Disabilities, and Handicaps. A manual of Classification relating to the consequences of deseases*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.

Peninou, G. y. (2000). *Las Tensiones Musculares del Diagnóstico al Tratamiento*. Colombia: Elsevier.

POSSO, M. (2011). *Proyecto, Tesis, Marco Logico*. Ibarra.

Retardation, A. A. (2002). *Retraso Men-tal. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

Rodriguez, M. (2001). *El arte y la ciencia del diagnostico médico*. La Habana: Científico-Técnica.

Rodriguez, M. M. (2000). *Valor del Interrogatorio en el Diagnóstico*. La Habana: Ciencias Médicas.

- Romero, D. y. (2003). *Actividades de la vida diaria o cuidado personal*.
Barcelona : Masson.
- Santillan, S. (2005). *breve analisis situacional del acceso a servicios educativos de jovenes con discapacidad en el Ecuador*. Quito: RISPERCRAF C.A.
- Schalock, R. (2009). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 5-20.
- Secretaria Nacional, d. P. (2007 - 2010). *Buen vivir plan nacional*. Quito.
- Secretaria Nacional, d. P. (2013 - 2017). *Buen vivir plan nacional*. Quito: Semplades.
- Teleton, I. d. (1995). *Enfermedades Invalidantes de la Infancia. enfoque integral de rehabilitación*. Chile: Teletón.
- Ustum. (2001). *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Hogrefe y Huber Publishers.
- Wade, D. (1992). *Pathology. impairment. disability, handicap: a useful model*. In: *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press.

