



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

**Tesis Previa la Obtención del Título de Licenciatura en  
Terapia Física Médica**

**TEMA:**

**“DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD  
EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS  
COMUNIDADES GUACHINGERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO,  
ACILLA, URCUSIQUI, LA BANDA, TAMINAGA, MUENALA Y  
CACHICULLA DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA  
EN EL PERIODO 2015”.**

**AUTORES:**

**Marlon Alejandro Narváez Orozco**

**Fátima Vanessa Terán Oña**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**Msc. Daniela Zurita Pinto**

**Ibarra- Ecuador**

**2015**

## PÁGINA DE APROBACIÓN

Yo, Magister Daniela Zurita Pinto con cédula de ciudadanía 100301974-0 en calidad de tutora de la tesis titulada **“DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES GUACHINGERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCUSIQUI, LA BANDA, TAMINAGA, MUENALA Y CACHICULLA DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015.”** De autoría del Sr. **MARLON ALEJANDRO NARVÁEZ OROZCO** y la Srta. **FÁTIMA VANESSA TERÁN OÑA**, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.



Atentamente:

Msc. Daniela Zurita Pinto.

C.I. 100301974-0

TUTORA DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**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 dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	171472370-5		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Fátima Vanessa Terán Oña		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Fajardo, Santa Cecilia y Pasaje S/N casa E-2		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:fatimaxnessa@hotmail.com">fatimaxnessa@hotmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0983294356

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	172049670-0		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Marlon Alejandro Narváez Orozco		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Turubamba Bajo, Av. Cusubamba OE2-291		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:mago_pk23@hotmail.com">mago_pk23@hotmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0984506520

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	“DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES GUACHINGERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCUSIQUI, LA BANDA, TAMINAGA, MUENALA Y CACHICULLA DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015.”
<b>AUTOR (ES):</b>	Marlon Alejandro Narváez Orozco Fátima Vanessa Terán Oña
<b>FECHA:</b>	- 2015
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSTGRADO</b>
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Terapia Física Médica
<b>ASESOR /DIRECTOR :</b>	Msc. Daniela Zurita Pinto

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, Marlon Alejandro Narváez Orozco, con CI.172049670-0, y Fátima Vanessa Terán Oña con C.I. 171472370-5; 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 autorizo 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

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

Ibarra, a los 10 días del mes de Diciembre del 2015

#### AUTORES:



Nombre: Marlon Narváez

C.C.: 172049670-0

#### ACEPTACIÓN:



Nombre: Ing. Betty Chávez

Cargo: JEFE DE BIBLIOTECA



Nombre: Fátima Terán

C.C.: 171472370-5



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

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

Yo, **Marlon Alejandro Narvárez Orozco**, con C.I.172049670-0, y **Fátima Vanessa Terán Oña** con C.I. 171472370-5; manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 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 GUACHINGERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCUSIQUI, LA BANDA, TAMINAGA, MUENALA Y CACHICULLA DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015.”** que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA** en la Universidad Técnica Del Norte, quedando la Universidad Facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

**LOS AUTORES:**

Marlon Narvárez Orozco

C.I. 172049670-0

Fátima Terán Oña

C.I. 171472370-5

## **DEDICATORIA**

Principalmente a Dios por otorgarme el coraje y la valentía necesarios para sobrellevar con inteligencia y paciencia los obstáculos que se hicieron presentes en el transcurso de la carrera, luego a mis padres; José y Lupe, quienes desde niña inculcaron en mí el deseo constante de superación, de tener ambición de éxito y aspirar a grandes cosas para mi vida y mi futuro, quienes con su sabiduría y sus consejos supieron encaminarme por el camino correcto, por darme la apertura de tomar mis decisiones así no siempre hayan sido las más acertadas y aun así, aceptarlas y brindarme su apoyo. Gracias papá y mamá.

A mis hermanas y mis pequeños: Matías y Dante; por contagiarme sus ganas y entusiasmo para sobrellevar los momentos difíciles. A mi novio por ser mi motivación principal, mi inspiración y felicidad, por ser el pilar que me mantiene en pie y la mano que guía mi vida, por su indiscutible dedicación, amor y paciencia. A mi Tío Edy por ayudarme con los recursos necesarios para alcanzar este logro y a mis Abuelos porque jamás dejaron de creer en mí.

Fátima Vanessa Terán Oña

Momentos de hondo regocijo invaden en mi espíritu al reconocer la fructífera labor que han realizado mis padres y profesores en mi preparación académica.

Esta tesis dedico con todo cariño a mis queridos padres, Juan y Piedad por darme la vida; a mi madre que con su fe y su estímulo que en mis momentos difíciles nunca cesaba de brindarme su amor y su apoyo emocional; a mi padre quien ha sido el pilar fundamental en situaciones de ansiedad y angustia, demostrando en todo momento gran coraje y convicción ya que ellos mancomunadamente han luchado por guiarme por el sendero del bien; reconociendo los sufrimientos, los sacrificios que han demostrado durante mi carrera estudiantil.

A mis hermanos que han compartido conmigo el camino del saber y que con su amor incondicional me han motivado a seguir adelante para ser una persona valiente y luchadora, forjadora para nuevas generaciones

Marlon Alejandro Narváez Orozco

## **AGRADECIMIENTO**

Con el noble y sano orgullo del deber cumplido, Marlon Alejandro Narváez Orozco y Fátima Vanesa Terán Oña, agradecemos de todo corazón a la Doctora Salome Gordillo Coordinadora de la Carrera de Terapia Física Médica, a los señores profesores, a los diferentes centros de prácticas, que de una u otra manera han contribuido con sus conocimientos en nuestra formación tanto intelectual como académica.

Vaya de manera especial nuestro agradecimiento profundo y sincero a la Msc. Daniela Zurita Pinto como tutora de tesis, quien nos supo orientar y dirigir eficazmente en el desarrollo de la misma, por estar siempre dispuesta cuando teníamos una duda en nuestra investigación sin la cual esta tesis nunca habría visto la luz; entregamos a los profesores y estudiantado de esta universidad esperando que sea una constante fuente útil de inspiración y como testimonio para la culminación de nuestra carrera

**“DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES GUACHINGUERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCISIQUI, LA BANDA, TAMINANGA, MUENALA Y CACHICULLA DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015”.**

**Autores:** Marlon Alejandro Narváz Orozco, Fátima Vanessa Terán Oña

**Directora de Tesis:** Msc. Daniela Zurita Pinto

**RESUMEN**

Se define a la discapacidad como “toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”. Donde por falta de una base estadística real, se ve la necesidad de poner en marcha esta investigación para conocer de una manera verídica y tangible el estado de su funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad en relación a su entorno en las distintas comunidades que conforman Quichinche 3. El objetivo de la investigación es diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla. La metodología utilizada es de tipo descriptiva donde se describen situaciones y eventos correspondientes a la investigación realizada marcando así un impacto positivo acorde el diagnóstico de la funcionalidad y adaptabilidad de las personas objeto de estudio, la investigación fue de diseño no experimental ya que se realizó sin manipular variables y fue de corte transversal debido a que se efectuó en un determinado tiempo durante el año 2015. Se utilizó un modelo de encuesta que consta de 52 preguntas mediante las cuales se determinó el grado de funcionalidad y de adaptabilidad, la evaluación posterior de los datos permitió determinar el estado real de la calidad de vida de las personas evaluadas. En las comunidades donde se realizó el estudio se encontró 21 personas con discapacidad, de las cuales a 1 persona no se pudo aplicar la encuesta por problemas de comunicación, 1 declaró no desear participar, 1 se encontraba duplicado en la lista de datos dando como resultado un total de 18 encuestados. Luego de la evaluación de las encuestas, se encuentra que 2 de las personas no tenían ningún tipo de discapacidad. Conclusión: encontramos que 31.25% de las personas con discapacidad física presenta una alta prevalencia de pérdida grave de la funcionalidad, 12.5% de los pacientes evaluados participa en actividades sociales, recreativas y vocacionales. Se evidencio que La funcionalidad es directamente proporcional a la adaptabilidad, aunque 7 de los 16 evaluados presentan una relación inversamente proporcional de la adaptabilidad en relación con la funcionalidad.

**Palabras clave:** Discapacidad física, funcionalidad, adaptabilidad.

**“DIAGNOSIS OF FUNCTIONALITY AND FITNESS FOR PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITIES IN THE COMMUNITIES OF IMBABURA PROVINCE, OTAVALO CANTON: GUACHINGUERO, YAMBIROO, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCISIQUI, THE BAND, TAMINANGA, MUENALA AND CACHUCULLA. PERIOD 2015”.**

**Autors:** Marlon Alejandro Narváez Orozco

Fátima Vanessa Terán Oña

**Thesis Director:** Msc. Daniela Zurita Pinto

**ABSTRACT**

Disability is defined as "any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being. " Because, a lack of real statistical data, is necessary to start this research to stablish in a true and tangible way the functionality state and adaptability of people with disabilities in relation to its environment in the different communities of Quichinche 3. The research objective is to assess functionality and adaptability of people with physical disabilities from: Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala and Cachiculla communities. The methodology used is descriptive, where relevant situations and events related to the investigation are described, marking a positive impact in agreement with the diagnosis of functionality and adaptability of people under the study. The research design was not experimental because it was done without manipulating variables, it was cross-cut, because it took a time period during 2015. A sample survey was used consisting of 52 questions by which the degree of functionality and adaptability. Subsequent data evaluation allowed to determine the actual state of the quality of life of people tested. In the native communities where the investigation took place, we found 21 people with disabilities, of which one was impossible to communicate by his native language, one declare not wish to participate, there was one duplicate data in the list , resulting a total of 18 respondents. After data evaluation from surveys, it was found that 2 persons, didnt have any kind of disability. Conclusions: We found that 31.25% people with physical disabilities present a higher prevalence of severe loss of functionality, 12.5% of patients evaluated, participate in social, recreational and vocational activities. It showed that the functionality is directly proportional to the adaptability, though 7 of the 16 evaluated presented an inversely proportional relationship of adaptability in relation to the functionality.

**Key words:** Disability, functionality, adaptability

## TABLA DE CONTENIDO

PÁGINA DE APROBACIÓN .....	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	III
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
AGRADECIMIENTO .....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
TABLA DE CONTENIDO.....	XI
ÍNDICE DE TABLAS .....	XIV
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA .....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación.....	3
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivo específico .....	5
1.5. Preguntas de investigación .....	5
CAPITULO II .....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. La Discapacidad .....	7
2.2 Discapacidad física.....	8
2.3. Clasificación de la Discapacidad.....	9
2.3.1. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980 .....	10
2.4. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.....	13

2.4.1. Perspectiva de los componentes de la CIF.....	14
2.4.2. Partes principales de la CIF .....	16
2.4.3. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de la CIF. ....	17
2.5. Funcionalidad en el paciente discapacitado. ....	20
2.5.1. Que es la Funcionalidad.....	20
2.5.2. Factores ambientales que influyen en la funcionalidad .....	23
2.5.3. Actividades de la Vida Diaria .....	24
2.6. Adaptabilidad en la discapacidad. ....	28
2.6.1. Adaptabilidad del Entorno .....	28
2.6.2. Adaptabilidad funcional del paciente .....	29
2.6.3. Actividades básicas cotidianas.....	30
2.6.4. Las actividades básicas cotidianas físicas.....	30
2.6.5. Actividades básicas cotidianas instrumentales .....	31
2.6.6. Actividades básicas cotidianas sociales .....	31
2.7 Marco Legal y Jurídico.....	32
CAPÍTULO III .....	37
3. METODOLOGÍA .....	37
3.1 Tipo de Estudio .....	37
3.1.1 Tipos de investigación según el grado de abstracción.....	38
3.1.2 Tipo de investigación según la naturaleza de los datos .....	38
3.2 Diseño de la investigación.....	39
3.3 Población .....	39
3.4 Identificación de Variables.....	40
3.5 Operacionalización de Variables .....	40
3.6 Métodos de Investigación.....	42
3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	43
3.8 Estrategias .....	44
3.9. Validación y Confiabilidad .....	45

CAPITULO IV .....	47
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	47
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados .....	47
4.1.1 Grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad .....	47
4.1.2 Relación entre adaptabilidad y funcionalidad.....	104
4.1.3. Porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión.....	106
4.2 Discusión De Resultados .....	107
4.3 Respuesta a las Preguntas de investigación.....	112
4.3.1 ¿Cuál es el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad evaluadas? .....	112
4.3.2 ¿Cuál es la relación entre adaptabilidad y funcionalidad?.....	116
4.3.3. ¿Cuál es el porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión? .....	118
4.4 Conclusiones .....	118
4.5 Recomendaciones .....	119
BIBLIOGRAFÍA .....	121
ANEXO 1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	124
ANEXO 2. ENCUESTA .....	126
ANEXO N.3 FOTOS .....	133
ANEXO 4. MAPA DE LAS COMUNIDADES .....	136
ANEXO 5. ANÁLISIS URKUND .....	137
ANEXO 6. APROBACIÓN ABSTRACT.....	138

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Funcionalidad - Paciente 1 .....	47
Tabla 2 Funcionalidad - Paciente 2 .....	49
Tabla 3 Funcionalidad - Paciente 3 .....	52
Tabla 4 Funcionalidad - Paciente 4 .....	54
Tabla 5 Funcionalidad - Paciente 5 .....	57
Tabla 6 Funcionalidad - Paciente 6 .....	59
Tabla 7 Funcionalidad - Paciente 7 .....	62
Tabla 8 Funcionalidad - Paciente 8 .....	64
Tabla 9 Funcionalidad - Paciente 9 .....	66
Tabla 10 Funcionalidad - Paciente 10 .....	69
Tabla 11 Funcionalidad - Paciente 11 .....	71
Tabla 12 Funcionalidad - Paciente 12 .....	73
Tabla 13 Funcionalidad - Paciente 13 .....	76
Tabla 14 Funcionalidad - Paciente 14 .....	78
Tabla 15 Funcionalidad - Paciente 15 .....	80
Tabla 16 Funcionalidad - Paciente 16 .....	83
Tabla 17 Adaptabilidad - Paciente 1 .....	85
Tabla 18 Adaptabilidad - Paciente 2 .....	86
Tabla 19 Adaptabilidad - Paciente 3 .....	87
Tabla 20 Adaptabilidad - Paciente 4 .....	88
Tabla 21 Adaptabilidad - Paciente 5 .....	90
Tabla 22 Adaptabilidad - Paciente 6 .....	91
Tabla 23 Adaptabilidad - Paciente 7 .....	92
Tabla 24 Adaptabilidad - Paciente 8 .....	93
Tabla 25 Adaptabilidad - Paciente 9 .....	94
Tabla 26 Adaptabilidad - Paciente 10 .....	95
Tabla 27 Adaptabilidad - Paciente 11 .....	97
Tabla 28 Adaptabilidad - Paciente 12 .....	98
Tabla 29 Adaptabilidad - Paciente 13 .....	99
Tabla 30 Adaptabilidad - Paciente 14 .....	100
Tabla 31 Adaptabilidad - Paciente 15 .....	102

Tabla 32 Adaptabilidad - Paciente 16 .....	103
Tabla 33 Relacion Entre Adaptabilidad y Funcionalidad .....	104
Tabla 34 Porcentaje de Personas que Participan en Actividades de Inclusión .....	106
Tabla 35 Grado de Funcionalidad en las Personas con Discapacidad evaluadas ....	113
Tabla 36 Grado de Adaptabilidad en las Personas con Discapacidad evaluadas.....	115
Tabla 37 Relación entre Adaptabilidad y Funcionalidad.....	116

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Funcionalidad - Paciente 1 .....	49
Gráfico 2 Funcionalidad - Paciente 2.....	51
Gráfico 3 Funcionalidad - Paciente 3.....	54
Gráfico 4 Funcionalidad - Paciente 4.....	56
Gráfico 5 Funcionalidad - Paciente 5.....	59
Gráfico 6 Funcionalidad - Paciente 6.....	61
Gráfico 7 Funcionalidad - Paciente 7.....	63
Gráfico 8 Funcionalidad - Paciente 8.....	66
Gráfico 9 Funcionalidad - Paciente 9.....	68
Gráfico 10 Funcionalidad - Paciente 10.....	70
Gráfico 11 Funcionalidad - Paciente 11.....	73
Gráfico 12 Funcionalidad - Paciente 12.....	75
Gráfico 13 Funcionalidad - Paciente 13.....	77
Gráfico 14 Funcionalidad - Paciente 14.....	80
Gráfico 15 Funcionalidad - Paciente 15.....	82
Gráfico 16 Funcionalidad - Paciente 16.....	84
Gráfico 17 Porcentaje de personas que participan en actividades de inclusión.....	107
Gráfico 18 Grado de funcionalidad en las personas con discapacidad evaluadas ...	113
Gráfico 19 Grado de adaptabilidad en las personas con discapacidad evaluadas....	115
Gráfico 20 Relación entre adaptabilidad y funcionalidad.....	117
Gráfico 21 Porcentaje de inclusión .....	118



## **CAPÍTULO I**

### **1. EL PROBLEMA**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

En todo el mundo las personas con discapacidad tienen deficientes resultados sanitarios, académicos y una menor participación económica. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Estas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2014) Donde 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 del mismo, (Organization, World Health, 2014) pero en la 54<sup>o</sup> 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 localización y reconocimiento de las personas con discapacidad, hecha en la primera fase del programa de discapacidad física de la Universidad Técnica del Norte se pudo ubicar geográficamente a las personas con discapacidad física en las comunidades de Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla del cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el periodo 2015.

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). 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) pero no existe un dato real sobre funcionalidad y adaptabilidad.

Cuando un paciente presenta una discapacidad claramente se enfrenta ante un problema social y personal, tanto para los familiares y personas que lo rodean, como para ellos mismos influenciado en el sector y condiciones en el que habita.

En el Ecuador existe un déficit de atención de la discapacidad en la zona rural en comparación con la zona urbana que según profesionales del área de la salud esto se manifiesta debido al difícil acceso a las zonas rurales.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla del cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el periodo 2015?

## **1.3. 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.

Esta investigación permitió establecer un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla del Cantón 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, además de conocer el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física permitiendo así 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.

Este trabajo de investigación tendrá como importancia local la obtención de datos acerca de funcionalidad y adaptabilidad en estas comunidades para posteriormente realizar una intervención según las necesidades que tenga la población investigada. El diagnóstico de la funcionalidad y adaptabilidad es fundamental dentro de la práctica profesional para realizar una adecuada atención fisioterapéutica.

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán realizar futuras investigaciones las cuales ayudarán a determinar el pronóstico de vida de la población con discapacidad, siendo de gran utilidad para cada uno de los estudiantes de fisioterapia, que son parte de esta etapa del macro proyecto, de la misma manera profesionales vinculados a la carrera, las personas con discapacidad, y personas que se encargan de sus cuidados diarios, ya sean profesionales o no, que necesitan ser evaluados de manera eficiente. Al obtener datos sobre el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física permitirá una intervención fisioterapéutica adecuada. Y así proponer planes de intervención que atiendan las carencias de esta población, ya sea a corto o a largo plazo dentro de todas las etapas que se proponen en el proyecto.

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, creando la necesidad de conocer si existe una inclusión del paciente con discapacidad o si la misma se está desarrollando, siendo este el impacto que se generará con la información obtenida acerca del grado que tiene el paciente de acuerdo a sus limitaciones y sus facilitadores.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las comunidades Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura en el periodo 2015

### **1.4.2. Objetivo específico**

- Determinar el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad.
- Establecer la relación entre adaptabilidad y funcionalidad.
- Identificar el porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión.

## **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad?
- ¿Qué relación existe entre adaptabilidad y funcionalidad?
- ¿Cuál es el porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión?



## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. La Discapacidad**

La Organización Mundial de La Salud define a la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad, y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que intervienen en el funcionamiento de alguna parte del organismo, las limitaciones son vistas como dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas hacia la intervención o actuación en situaciones vitales. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014) En tanto que la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF) define a la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014)

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja las características del organismo humano y las características en la cual el mismo vive. Se aclara también que las causas pueden ser de tres tipos que son genéticas, congénitas y adquiridas. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014) 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) “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.

## **2.2 Discapacidad física**

La discapacidad física o motora, es considerada como la dificultad que presentan algunas personas para involucrarse en actividades de la vida cotidiana, para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras arquitectónicas o personales en los cuales se desenvuelve la persona. Engloba un grupo muy heterogéneo causados por una anomalía congénita (pie zopo, ausencia de un miembro, etc.), por enfermedad (poliomielitis, tuberculosis, 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.). (Samaniego Santillan, 2005)

Las barreras, son de distinto tipo, entre estas se consideran a los diferentes pisos de los edificios o viviendas, los mismos que no tengan rampas, ascensores adecuados o accesos que faciliten el ingreso a las personas con algún tipo de discapacidad, las mismas que no podrán usar los servicios higiénicos que no estén habilitados, no podrá acceder a los medios de transporte público, no podrán practicar deportes, o trasladarse cómodamente por las calles que están llenas de obstáculos. 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. (Artunduaga, Granados, Quinche, & Pimentel Carretero, 2010) En otras ocasiones la discapacidad consiste en la pérdida 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.

Dentro de esta discapacidad encontramos diversos términos como: Mielo meningocele, Enfermedad de Arnold Chiari, Lesión medular, Parálisis de Guillan Barré, Distrofias Musculares, Agenesia del cuerpo calloso, Luxación Congénita de la cadera Mutilaciones o Amputaciones. Por otra parte 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. (Samaniego Santillan, 2005)

### **2.3. Clasificación de la Discapacidad**

La experiencia de una persona con discapacidad es única acorde cada individuo, puesto a la manifestación propia de la enfermedad, desorden o lesión, sino más bien porque la condición de salud está 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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

### **2.3.1. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980**

El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDM, 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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

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: (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

- Enfermedad
- Deficiencia
- Discapacidad
- Minusvalía

#### - **Conceptos y terminología de la CIDDM**

En este nuevo esquema ha de entenderse que:

- **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). (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

- **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). Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

- **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, et.). 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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

- **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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001)

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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001) 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. (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001) 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 (Egea García & Sarabia Sanchez, 2001).

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. (OMS, 2001)

#### **2.4. 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. (OMS, 2001)

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. (OMS, 2001)

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. (OMS, 2001)

#### **2.4.1. Perspectiva de los componentes de la CIF**

- **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. (OMS, 2001)

- **Estructuras corporales:** Las estructuras corporales son las partes físicas del cuerpo, por ejemplo: el corazón, las piernas y los ojos. (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **Actividad:** La actividad es la realización de una tarea o acción, por ejemplo: comer, escribir y caminar. (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **Restricciones en la participación:** Son problemas que una persona puede enfrentar al involucrarse en actividades cotidianas. (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **Factores personales:** Los factores personales son aquellos que tienen que ver con la persona, como edad, sexo, estado civil y experiencias de vida. (OMS, 2001)

#### **2.4.2. Partes principales de la CIF**

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes: (OMS, 2001)

- **Primera Parte. Funcionamiento y Discapacidad** (OMS, 2001)

Funciones y Estructuras Corporales

Actividades y Participación

- **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. (OMS, 2001)

### **2.4.3. 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: (OMS, 2001)

**- Funciones de las articulaciones y los huesos.** 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 híper-movilidad articular, rigidez articular, hombro “congelado”, artritis. (OMS, 2001)

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

**- 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). (OMS, 2001)

**- 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). (OMS, 2001)

- **Funciones de las articulaciones y los huesos, otras especificadas y no especificadas:** Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos. (OMS, 2001) 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 (OMS, 2001) Excluye: funciones de las estructuras adyacentes del ojo (b215); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740). (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001) 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). (OMS, 2001)

- **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). (OMS, 2001)

- **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. (OMS, 2001)

- **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 (OMS, 2001) 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. (OMS, 2001) 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. (OMS, 2001) Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b765); funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770) (OMS, 2001)

- **Funciones relacionadas con las contracciones no intencionadas, involuntarias sin propósito final o con algo de propósito final.** (OMS, 2001) Incluye: contracciones involuntarias de los músculos; deficiencias tales como temblores, tics, manierismos, estereotipias, perseveración motora, corea, atetosis, tics vocales, movimientos distónicos y discinesia (OMS, 2001) Excluye: funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760); funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770). (OMS, 2001)

- **Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo.** (OMS, 2001) Incluye: patrones para caminar y para correr; deficiencias tales como marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica y patrón de marcha torpe o rígido. (OMS, 2001) 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). (OMS, 2001)

- **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). (OMS, 2001)

## **2.5. Funcionalidad en el paciente discapacitado.**

### **2.5.1. Que es la Funcionalidad**

De acuerdo a la (OMS, 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. (OMS, 2001) 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. (OMS, 2001)

Se puede definir funcionalidad como la capacidad que tiene un individuo para la ejecución de diferentes actividades.

La funcionalidad de un paciente engloba todo aquello que ejecuta de forma extrínseca como de forma intrínseca. Si se habla de forma intrínseca se refiere a todo aquello que es propio del individuo, que le afecta directamente y podemos recalcar lo siguiente: (OMS, 2001)

- Funciones Mentales
- Funciones Sensoriales
- Funciones fisiológicas
- Funciones Neuromusculoesqueléticas

La correcta relación de estas funciones marca la capacidad funcional del paciente. (Organización Mundial De la Salud, Organización Panamericana De La Salud, 2014) En este caso indicaremos las más importantes referente a nuestra especialidad, como lo son las funciones neuromusculoesqueléticas.

- **Funciones neuromusculoesqueléticas:** Se trata de las funciones relacionadas con el movimiento, incluyendo los huesos, los músculos, las articulaciones. (OMS, 2001)  
Las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento se clasifican en:

-**Funciones de las articulaciones y los huesos:** Las articulaciones se vinculan con aquellas funciones relacionadas con la facilidad de movimiento de una articulación.

- **Funciones musculares:** Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos, así como el mantenimiento de la contracción muscular por el periodo de tiempo requerido. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014).

- **Funciones relacionadas con el movimiento:** Hace referencia a todas aquellas funciones vinculadas con:

- **Reflejos motores:** Funciones relacionadas con la contracción involuntaria de los músculos, inducida automáticamente por estímulos específicos. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014)

- **Reacciones al movimiento involuntario:** Funciones relacionadas con las contracciones involuntarias de los músculos largos o de todo el cuerpo, inducidas por la posición del cuerpo, el equilibrio.

- **Reacciones al movimiento voluntario:** Funciones asociada con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos. (Organizacion

Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014) Engloba los siguientes movimientos:

Movimientos voluntarios simples y complejos, coordinación de movimientos voluntarios, funciones de apoyo del brazo o pierna, coordinación motora derecha-izquierda, coordinación ojo-mano y coordinación ojo-pie. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014)

**- Coordinación y control de movimientos voluntarios:** Funciones asociadas con el control sobre movimientos voluntarios simples o aislados y la coordinación de los mismos, movimientos voluntarios complejos y la coordinación de los mismos, funciones asociadas con el control y coordinación de los movimientos voluntarios, cogiendo peso con los brazos (codos o manos) o con las piernas (rodillas o pies). (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014)

### **2.5.2. Factores ambientales que influyen en la funcionalidad**

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. (Organizacion Mundial De la Salud, Organizacion Panamericana De La Salud, 2014) 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.

### **2.5.3. 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, siendo las Actividades de la Vida Diaria 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, recalcando que 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.

Por lo tanto nosotros podemos relacionar que la funcionalidad se lleva estrechamente con las actividades de la vida diaria ya que estas permiten que la persona pueda realizar sus funciones con mayor independencia dentro de que le permita su funcionalidad, de esta manera la persona se vuelve funcional tanto como persona dentro de la comodidad, y así mismo funcional dentro del hogar.

## **2.6. Adaptabilidad en la discapacidad.**

Se define a la adaptabilidad según (Farlex, 2012) como “la capacidad de una persona o cosa para adaptarse a un nuevo medio o situación”. Esta se puede relacionar como la cualidad que tiene un individuo o cosa para poder adaptarse, pero aquí resalta la clara diferencia con adaptación, ya que esta es la acción de adaptarse o adecuarse a un nuevo medio o situación.

Dentro del concepto de adaptabilidad se encuentra la capacidad que han tenido o el desarrollo de una comunidad por incluir dentro de la sociedad a las personas con discapacidad y tratar de disminuir sus limitaciones; con esto tenemos: adaptabilidad de entorno, adaptabilidad física (órtesis, prótesis, ayudas técnicas). (Micaela Moro Ipola, 2014).

### **2.6.1. Adaptabilidad del Entorno**

La adaptabilidad en el entorno en la actualidad es uno de los temas que más aborda la inclusión, esta incluye la modificación de los espacios de deambulación de las personas con discapacidad. Esto concierne la eliminación de barreras arquitectónicas que limitan la deambulación de las personas con discapacidad. Por otro lado la readecuación de espacios incluye el diseño de rampas, pasamanos,

diseño de sanitarios adecuado, entradas amplias que no limiten el acceso con ayudas técnicas.

Hay que recalcar que mientras más adecuado sea el entorno de un paciente con discapacidad menor limitación va a tener para el desarrollo de sus actividades. (Micaela Moro Ipola, 2014)

### **2.6.2. Adaptabilidad funcional del paciente**

La adaptación funcional comprende un diseño adecuado de ayudas técnicas, órtesis, prótesis para el uso del paciente. Para esto se necesita que el paciente se adapte al uso de las mismas y que el tratante haga una dosificación adecuada de las mismas.

Para que un paciente tenga una buena adaptabilidad funcional, se requiere de una evaluación que marque de forma minuciosa sus necesidades según el caso. Cuando un paciente necesita del uso de una prótesis para el reemplazo de un segmento corporal esta tiene que tener una adecuada medición y ser lo más parecida funcional y estructuralmente al segmento reemplazado.

El fisioterapeuta es el encargado de la reintegración de la homeostasis dentro del paciente con un nuevo segmento es decir tendrá que reeducar al paciente para que el reemplazo sea exitoso.

Cuando un paciente tiene una alteración de la homeostasis debido a un mal funcionamiento de una de sus estructuras, este puede hacer uso de una órtesis o una ayuda técnica según el caso lo amerite. La diferencia entre una órtesis y ayuda técnica es que la órtesis brinda soporte a la estructura funcional lesionada y puede intervenir en la recuperación de su normalidad y posteriormente puede ser descartada. La ayuda técnica modifica el ambiente y los utensilios que le permiten al paciente realizar las actividades de la vida diaria. (Micaela Moro Ipola, 2014)

### **2.6.3. 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.

### **2.6.4. Las actividades básicas cotidianas físicas**

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.

### **2.6.5. 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.

### **2.6.6. 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, 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.

Del mismo modo que la funcionalidad se lleva estrechamente con las actividades de la vida diaria, aquí encontramos que la adaptabilidad va de la mano con las actividades básicas cotidianas, las cuales son actividades que permiten que la persona con discapacidad pueda adaptarse a su entorno y del mismo modo el entorno adaptarse a este.

## 2.7 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.”

#### **- 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.

#### **- 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)

#### **- 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 garantizara 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.

#### **- 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 prestara especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de Estudio**

##### **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. La investigación descriptiva consiste en llegar a conocer un hecho tal cual aparece en realidad, es decir la investigación permitió identificar los pacientes que tienen discapacidad física para su posterior evaluación en cuanto a sus limitaciones y facilitadores, permitiendo así establecer el diagnóstico de la funcionalidad y discapacidad de cada uno de ellos.

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.

##### **De campo:**

Consiste en la recolección de material directo de la información, en el lugar mismo donde se presenta el fenómeno que quiere estudiarse. Se realizó la recolección directa de datos de los pacientes con discapacidad física, en las comunidades donde los mismos residen, así conocer a detalle el sitio donde el paciente se desenvuelve, lo

que permitió hacer una evaluación minuciosa a cada uno de ellos tomando en cuenta también su entorno. (Martinez Mediano, 2014)

### **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. En la investigación se detallará el estadio real de los pacientes en su funcionalidad y adaptabilidad y se logrará determinar las variables a desarrollar. Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

#### **3.1.1 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 sobre discapacidad física, funcionalidad y adaptabilidad para la resolución de problemas, se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren la utilidad de la producción del conocimiento es inmediata. (Martinez Mediano, 2014).

#### **3.1.2 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) Esta investigación nos permite expresar la cuantificación de las personas con discapacidad, y con ello llegar a un resultado numérico específico sobre funcionalidad y adaptabilidad que responda las preguntas de investigación.

**Cuantitativa** porque consiste en describir la expresión de las cualidades en cantidad y permite utilizar análisis estadístico sobre la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad evaluadas. (POSSO, 2011)

### 3.2 Diseño de la investigación

En esta investigación se utilizó un diseño **no experimental** debido a que no se manipulara las variables, lo que se obtiene son resultados de la evaluación sobre funcionalidad y adaptabilidad realizada a cada uno de los pacientes, que luego son analizados.

También cuenta con un diseño de **corte transversal** debido a que se efectuó en un momento determinado de tiempo, es decir este trabajo tiene varias etapas desde el año 2014.

### 3.3 Población

La presente investigación se realizó dentro de las comunidades: Guachingero, Yambiro, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala y Cachiculla del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura las mismas que presentaron discapacidad.

En las comunidades donde se realizó el estudio se encontró 21 personas con discapacidad, de las cuales a 1 persona no se pudo aplicar la encuesta por problemas de comunicación, 1 declaró no desear participar, 1 se encontraba duplicado en la lista de datos dando como resultado un total de 18 encuestados. Luego de la evaluación de las encuestas, se encuentra que 2 de las personas no tenían ningún tipo de discapacidad.

Siendo un total de 21 pacientes distribuidos en las diversas comunidades de la siguiente manera:

<b>COMUNIDAD</b>	<b>N° DE PERSONAS</b>
URCUSIQUI	1
CACHICULLA	7
YAMBIROO	6
LA BANDA	1
MUENALA	1
NO LOCALIZADOS	5

### **3.4 Identificación de Variables**

**Variable Independiente:** Discapacidad física

**Variable Dependiente:** Funcionalidad y de la Adaptabilidad

### **3.5 Operacionalización de Variables**

**Variable Independiente:** Discapacidad Física



**Variable Dependiente:** Funcionalidad y de la Adaptabilidad

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
<p><b>Es el juicio profesional sobre el estado de un paciente de acuerdo a sus limitaciones, facilitadores y la adaptabilidad que tiene para una correcta funcionalidad.</b></p>	Funcionalidad	<p>Funciones Mentales</p> <p>Funciones Sensoriales</p> <p>Funciones Orgánicas</p> <p>Funciones Neuromusculoesqueléticas</p>	<p>Observación</p> <p>Encuesta</p>
	Adaptabilidad	<p>Barreras</p> <p>Limitantes</p> <p>Facilitadores</p>	

**3.6 Métodos de Investigación**

- **Inductivo** el mismo que permitió analizar hechos de carácter particular para llegar a generalidades, es decir se evaluó la motricidad fina, gruesa, equilibrio coordinación de cada persona con discapacidad, con la finalidad de generalizar los hechos ya observados con afirmaciones aún más generales.

-**Analítico** porque desde el inicio se encuadra distintos aspectos y situaciones que afectan al paciente en su funcionalidad. Estos aspectos son estudiados minuciosamente para determinar su relación entre si y cómo influyen dentro del diagnóstico de la funcionalidad

- **Sintético** porque la recolección de la información detallada de los pacientes y la integración de todos los aspectos encontrados durante la evaluación permitirán establecer un diagnóstico adecuado.

### 3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

- **La Observación** minuciosas a los pacientes, determinando características importantes para la presente investigación, debido a esta técnica nos muestra el estado físico de una persona, además su comportamiento hacia los demás. Como instrumento se utilizó una libreta de notas.

- **La Encuesta** fue aplicada a las personas discapacitadas o familiares, obteniendo información veraz; mediante el instrumento del cuestionario por preguntas cerradas y abiertas para la realización de la encuesta se utilizó: una caja de zapatos, lápices de colores, marcadores, una pelota, tijeras. La encuesta fue realizada con la aplicación ODK para Android en un celular.

- **El diagnóstico** será realizado con el instrumento de la valoración de la funcionalidad y adaptabilidad avalado por la Universidad Técnica del Norte, que mediante algunos parámetros permitirá valorar habilidades sensorias motrices, habilidades psicosociales y actividades funcionales.

### **3.8 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 de Otavalo, 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.

### **3.9. 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 licenciados 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.



## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

##### 4.1.1 Grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad

**TABLA 1: FUNCIONALIDAD - Paciente 1**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	11	33.33 %
LO HACE CON DIFICULTAD	14	42.42 %
NO LO HACE	8	24.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 1 Funcionalidad - Paciente 1

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO FUNCIONALIDAD AFIRMATIVAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
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.

**GRÁFICO 1: FUNCIONALIDAD – Paciente 1**



Gráfico 1 Funcionalidad - Paciente 1

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente se evidenció que en el 43% de las preguntas la persona con discapacidad lo hace con dificultad, mientras que con el 33% si lo hace y con un 24% corresponde a las preguntas que el paciente no lo hace.

**TABLA 2: FUNCIONALIDAD - Paciente 2**

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	28	84.8 %
LO HACE CON DIFICULTAD	1	3 %
NO LO HACE	4	12.2 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 2 Funcionalidad - Paciente 2

PACIENTE	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.

**GRÁFICO 2: FUNCIONALIDAD – Paciente 2**



Gráfico 2 Funcionalidad - Paciente 2

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente al segundo paciente se encontró que en el 85% de las preguntas la persona con discapacidad si logra hacer todas las actividades con normalidad, mientras que con el 12% no lo hace y con un 3% el paciente logra las actividades con dificultad.

**TABLA 3: FUNCIONALIDAD - Paciente 3**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	4	12.2 %
LO HACE CON DIFICULTAD	6	18.1 %
NO LO HACE	23	69.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 3 Funcionalidad - Paciente 3

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>
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.

**GRÁFICO 3: FUNCIONALIDAD – Paciente 3**



Gráfico 3 Funcionalidad - Paciente 3

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente se evidenció que en el 70% de las preguntas la persona con discapacidad no realiza ninguna de las actividades solicitadas, mientras que con el 12% si lo hace y con un 18% corresponde a las preguntas que el paciente lo hace con dificultad.

**TABLA 4: FUNCIONALIDAD - Paciente 4**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	22	66.7 %
LO HACE CON DIFICULTAD	6	18.2 %
NO LO HACE	5	15.1 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 4 Funcionalidad - Paciente 4

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO	FUNCIONALIDAD
PACIENTE	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.

**GRÁFICO 4: FUNCIONALIDAD – Paciente 4**



Gráfico 4 Funcionalidad - Paciente 4

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente en el tercer paciente se evidenció que en el 67% de las preguntas la persona con discapacidad si logra hacer las actividades, mientras que con el 18% lo hace con dificultad y con un 15% corresponde a las preguntas que el paciente no lo hace.

**TABLA 5: FUNCIONALIDAD - Paciente 5**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	22	66.7 %
LO HACE CON DIFICULTAD	3	9 %
NO LO HACE	8	24.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 5 Funcionalidad - Paciente 5

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE</b>	<b>FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

**GRÁFICO 5: FUNCIONALIDAD – Paciente 5**



Gráfico 5 Funcionalidad - Paciente 5

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente en el tercer paciente se evidenció que en el 67% de las preguntas la persona con discapacidad si logra hacer las actividades, mientras que con el 9% lo hace con dificultad y con un 24% corresponde a las preguntas que el paciente no lo hace.

**TABLA 6: FUNCIONALIDAD - Paciente 6**

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	18	54.5 %
LO HACE CON DIFICULTAD	4	12.2 %
NO LO HACE	11	33.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 6 Funcionalidad - Paciente 6

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS FUNCIONALIDAD
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.

**GRÁFICO 6: FUNCIONALIDAD – Paciente 6**



Gráfico 6 Funcionalidad - Paciente 6

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente en el tercer paciente se evidenció que en el 55% de las preguntas la persona con discapacidad si logra hacer las actividades con suma normalidad, mientras que con el 33% no lo y con un 12% corresponde a las preguntas que el paciente lo hace con dificultad.

**TABLA 7: FUNCIONALIDAD - Paciente 7**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	23	69.6 %
LO HACE CON DIFICULTAD	4	12.2 %
NO LO HACE	6	18.2 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 7 Funcionalidad - Paciente 7

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

**GRÁFICO 7: FUNCIONALIDAD – Paciente 7**



Gráfico 7 Funcionalidad - Paciente 7

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente en el tercer paciente se evidenció que en el 70% de las preguntas la persona con discapacidad si logra hacer

las actividades, mientras que con el 12% lo hace con dificultad y con un 18% corresponde a las preguntas que el paciente no lo hace.

**TABLA 8: FUNCIONALIDAD - Paciente 8**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	13	39.4 %
LO HACE CON DIFICULTAD	4	12.1 %
NO LO HACE	16	48.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 8 Funcionalidad - Paciente 8

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE</b>	<b>FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

### GRÁFICO 8: FUNCIONALIDAD – Paciente 8



Gráfico 8 Funcionalidad - Paciente 8

**Análisis:** Según lo analizado un 55 % de las preguntas el paciente no lo hace, y con un porcentaje del 6 % corresponde a las preguntas que el paciente lo hace con dificultad, y finalmente con un porcentaje del 39% si realiza las actividades con facilidad.

### TABLA 9: FUNCIONALIDAD - Paciente 9

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	12	36.4 %
LO HACE CON DIFICULTAD	3	9.1 %
NO LO HACE	18	54.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 9 Funcionalidad - Paciente 9

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.

**GRÁFICO 9: FUNCIONALIDAD – Paciente 9**



Gráfico 9 Funcionalidad - Paciente 9

**Análisis:** Según lo analizado un 55% de las preguntas el paciente no lo hace, y con un porcentaje del 36% corresponde a las preguntas que el paciente si logra realizar las actividades solicitadas, y finalmente con un porcentaje del 9% realiza las actividades con dificultad.

**TABLA 10: FUNCIONALIDAD - Paciente 10**

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---------------	------------	------------

SI LO HACE	16	48.4 %
LO HACE CON DIFICULTAD	4	12.2 %
NO LO HACE	13	39.4 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 10 Funcionalidad - Paciente 10

PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS FUNCIONALIDAD
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.

**GRÁFICO 10: FUNCIONALIDAD – Paciente 10**



Gráfico 10 Funcionalidad - Paciente 10

**Análisis:** Según lo analizado una vez aplicada la encuesta los resultados nos muestran que un 49% de las preguntas el paciente si las hace, y con un porcentaje del 12 % corresponde a las preguntas que el paciente lo hace con dificultad, y finalmente con un porcentaje del 39% no realiza las actividades solicitadas.

**TABLA 11: FUNCIONALIDAD - Paciente 11**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	11	33.3 %
LO HACE CON DIFICULTAD	2	6.1 %
NO LO HACE	20	60.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 11 Funcionalidad - Paciente 11

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

**GRÁFICO 11: FUNCIONALIDAD – Paciente 11**



Gráfico 11 Funcionalidad - Paciente 11

**Análisis:** Según lo analizado una vez aplicada la encuesta los resultados nos muestran que el 61% de las actividades el paciente no las hace, y con un porcentaje del 6% corresponde a las preguntas que el paciente lo hace con dificultad, y finalmente con un porcentaje del 33% no realiza las actividades solicitadas.

**TABLA 12: FUNCIONALIDAD - Paciente 12**

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LO HACE	1	3.1 %
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0 %
NO LO HACE	32	96.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 12 Funcionalidad - Paciente 12

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.

**GRÁFICO 12: FUNCIONALIDAD – Paciente 12**



Gráfico 12 Funcionalidad - Paciente 12

**Análisis:** Al analizar esta encuesta aplicada al paciente los resultados nos muestran que un 97% de las preguntas el paciente no las hace, y con un porcentaje del 3 % corresponde a las preguntas que el paciente si las hace, esto nos refleja claramente una perdida grave de la funcionalidad.

**TABLA 13: FUNCIONALIDAD - Paciente 13**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	23	69.7 %
LO HACE CON DIFICULTAD	1	3.1 %
NO LO HACE	9	27.2 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 13 Funcionalidad - Paciente 13

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE</b>	<b>FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

**GRÁFICO 13: FUNCIONALIDAD – Paciente 13**



Gráfico 13 Funcionalidad - Paciente 13

**Análisis:** El 70% que representa a la mayoría de las preguntas coincide que si puede realizarlo, el 27% representa a las preguntas que el paciente no hace las actividades solicitadas, y seguido con el 3% el paciente hace las actividades solicitadas pero con una leve dificultad.

**TABLA 14: FUNCIONALIDAD - Paciente 14**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	22	66.7 %
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0 %
NO LO HACE	11	33.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 14 Funcionalidad - Paciente 14

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>
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.

**GRÁFICO 14: FUNCIONALIDAD – Paciente 14**



Gráfico 14 Funcionalidad - Paciente 14

**Análisis:** El 67% que representa a la mayoría de las preguntas coincide que si puede realizarlo, mientras que con el 33% reflejan en los resultados que las actividades solicitadas el paciente no realizan ninguna de ellas.

**TABLA 15: FUNCIONALIDAD - Paciente 15**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	9	27.2 %
LO HACE CON DIFICULTAD	4	12.2 %
NO LO HACE	20	60.6 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 15 Funcionalidad - Paciente 15

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.

**GRÁFICO 15: FUNCIONALIDAD – Paciente 15**



Gráfico 15 Funcionalidad - Paciente 15

**Análisis:** En el gráfico se puede observar que el 61% de la evaluación el paciente no puede realizarlo, el 27% representa a las preguntas que el paciente si las hace y en cuanto el 12% lo hace con dificultad.

**TABLA 16: FUNCIONALIDAD - Paciente 16**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	16	48.5 %
LO HACE CON DIFICULTAD	0	0 %
NO LO HACE	17	51.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Tabla 16 Funcionalidad - Paciente 16

<b>PORCENTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE</b>	<b>RESULTADO FUNCIONALIDAD RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
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.

**GRÁFICO 16: FUNCIONALIDAD – Paciente 16**



Gráfico 16 Funcionalidad - Paciente 16

**Análisis:** Al realizar la evaluación correspondiente se evidenció que en el 48% de las preguntas la persona con discapacidad si las hace con facilidad, mientras que

con el 52% no las hace, colocando al evaluado en un rango correspondiente a una pérdida grave de la funcionalidad.

## ADAPTABILIDAD

**TABLA 17: ADAPTABILIDAD - Paciente 1**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	14
NO	4
TOTAL	18

Tabla 17 Adaptabilidad - Paciente 1

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO ADAPTABILIDAD PACIENTE	RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b>

	Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 4 puntos negativos que son tomados en cuenta, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

**TABLA 18: ADAPTABILIDAD - Paciente 2**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	6
NO	12
TOTAL	18

Tabla 18 Adaptabilidad - Paciente 2

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE	ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e

	inadecuación moderada del entorno
3 - 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 12 puntos negativos de la encuesta y evaluación realizada, ubicándolo de esta manera en una pérdida moderada de la adaptabilidad con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno

**TABLA 19: ADAPTABILIDAD - Paciente 3**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	9
NO	9
TOTAL	18

Tabla 19 Adaptabilidad - Paciente 3

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa

	inadecuación leve del entorno
8 – 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 – 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 9 de tal manera que esta calificación lo ubica en una perdida moderada de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 20: ADAPTABILIDAD - Paciente 4**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	12
NO	6
TOTAL	18

Tabla 20 Adaptabilidad - Paciente 4

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO ADAPTABILIDAD

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

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 6 puntos negativos de la encuesta y evaluación realizada, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

**TABLA 21: ADAPTABILIDAD - Paciente 5**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	12
NO	6

TOTAL	18
-------	----

Tabla 21 Adaptabilidad - Paciente 5

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

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 6 puntos negativos de la encuesta y evaluación realizada, ubicándolo de esta manera en una perdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

**TABLA 22: ADAPTABILIDAD - Paciente 6**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	14
NO	4
TOTAL	18

Tabla 22 Adaptabilidad - Paciente 6

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

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 4 puntos negativos que son tomados en cuenta, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

**TABLA 23: ADAPTABILIDAD - Paciente 7**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	3
NO	15
TOTAL	18

Tabla 23 Adaptabilidad - Paciente 7

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

	Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno
--	--------------------------------------------------------------------------

**Análisis:** una vez que se obtuvieron los resultados podemos constatar que el evaluado tiene 15 puntos negativos de tal manera que este presenta una pérdida leve de la adaptabilidad con una dependencia muy escasa y una inadecuación leve del entorno.

**TABLA 24: ADAPTABILIDAD - Paciente 8**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	7
NO	11
TOTAL	18

Tabla 24 Adaptabilidad - Paciente 8

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE	ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 – 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno

3 - 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 11 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida moderada de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 25: ADAPTABILIDAD - Paciente 9**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	13
NO	5
TOTAL	18

Tabla 25 Adaptabilidad - Paciente 9

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE	ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA</b>

	<b>ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 – 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 – 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 4 puntos negativos que son tomados en cuenta, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

**TABLA 26: ADAPTABILIDAD - Paciente 10**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	6
NO	12
TOTAL	18

Tabla 26 Adaptabilidad - Paciente 10

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE	ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
-----------------------------------------------	---------------------------------------

18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno
8 – 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 – 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 12 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida moderada de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 27: ADAPTABILIDAD - Paciente 11**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	7

NO	11
TOTAL	18

Tabla 27 Adaptabilidad - Paciente 11

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

**Análisis:** Este paciente representa los resultados con 13 puntos negativos de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida moderada de la adaptabilidad

esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 28: ADAPTABILIDAD - Paciente 12**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	15
NO	3
TOTAL	18

Tabla 28 Adaptabilidad - Paciente 12

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO ADAPTABILIDAD PACIENTE	RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
8 - 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA</b>

	<b>ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Al analizar los resultados el paciente presenta 3 puntos negativos que son tomados en cuenta, ubicándolo de esta manera en una pérdida grave de la adaptabilidad con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

**TABLA 29: ADAPTABILIDAD - Paciente 13**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	9
NO	9
TOTAL	18

Tabla 29 Adaptabilidad - Paciente 13

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	RESULTADO RESPUESTAS NEGATIVAS	ADAPTABILIDAD
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	
8 - 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b>	

	Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 – 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 9 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida moderada de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 30: ADAPTABILIDAD - Paciente 14**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	8
NO	10
TOTAL	18

Tabla 30 Adaptabilidad - Paciente 14

PUNTAJE OBTENIDO POR EL RESULTADO PACIENTE	ADAPTABILIDAD RESPUESTAS NEGATIVAS
18	<b>TOTALMENTE ADAPTABLE</b> Paciente independiente con un entorno

	totalmente adecuado
13 - 17	<b>PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno
8 - 12	<b>PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
3 - 7	<b>PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
0 - 2	<b>PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD</b> Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 8 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida moderada de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia moderada y una inadecuación moderada del entorno.

**TABLA 31: ADAPTABILIDAD - Paciente 15**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	3
NO	15

TOTAL	18
-------	----

Tabla 31 Adaptabilidad - Paciente 15

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

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 15 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida leve de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia escasa y una inadecuación leve del entorno.

**TABLA 32: ADAPTABILIDAD - Paciente 16**

ADAPTABILIDAD	PUNTAJE
SI	6
NO	14
TOTAL	18

Tabla 32 Adaptabilidad - Paciente 16

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

**Análisis:** Una vez que los resultados ya están disponibles al evaluar a este paciente dio como resultado de los puntos negativos 14 de tal manera que esta calificación lo ubica en una pérdida leve de la adaptabilidad esto quiere decir que el paciente tiene una dependencia escasa y una inadecuación leve del entorno.

#### 4.1.2 Relación entre adaptabilidad y funcionalidad

**TABLA 33 RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD**

<b>N° PACIENTE</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>ADAPTABILIDAD</b>
<b>1</b>	33.3 %	22.2 %
<b>2</b>	84.8 %	66.6 %
<b>3</b>	12.2 %	50 %
<b>4</b>	66.7 %	33.3 %
<b>5</b>	66.7 %	33.3 %
<b>6</b>	54.5 %	22.2 %
<b>7</b>	69.6 %	83.3 %
<b>8</b>	39.4 %	61.1 %
<b>9</b>	36.4 %	27.7 %
<b>10</b>	48.4 %	66.6 %
<b>11</b>	33.3 %	61.1 %
<b>12</b>	3.1 %	33.3 %
<b>13</b>	69.7 %	50 %
<b>14</b>	66.7 %	44.4 %
<b>15</b>	27.2 %	83.3 %
<b>16</b>	48.5 %	77.7 %

**TABLA 33 RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD**

## **Análisis**

En la relación entre funcionalidad y adaptabilidad de los 16 pacientes encuestados con discapacidad física encontramos que:

- Paciente 1 en su funcionalidad no es directamente proporcional a su adaptabilidad, ya que existe una relación desproporcionada de 33.3% a 22.2%.
- Paciente 2 obtuvo un predominio de su funcionalidad del 84.8% y en su adaptabilidad del 66.6% siendo relacionalmente asimétricos.
- Paciente 3 en su funcionalidad obtuvo un 12,2% y en su adaptabilidad 50%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 4 y 5; presentan una similitud de valores en cuanto a su funcionalidad en un 66,7% y en su adaptabilidad un 33.3% siendo valores asimétricos.
- Paciente 6 su funcionalidad es mayor a su adaptabilidad ya que existe 54.5% a 22.2% siendo valores asimétricos.
- Paciente 7 en su funcionalidad obtuvo un 69,6% y en su adaptabilidad 83,3%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 8 en su funcionalidad obtuvo un 39,4% y en su adaptabilidad 61,1%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 9 en su funcionalidad no es directamente proporcional a su adaptabilidad, ya que existe una relación desproporcionada de 36,4% a 27,7%.
- Paciente 10 en su funcionalidad alcanzó un 48,4% y en su adaptabilidad 66,6%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 11 en su funcionalidad obtuvo un 33,3% y en su adaptabilidad 61,1%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 12 en su funcionalidad alcanzó un 3,1% y en su adaptabilidad 33,3%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.

- Paciente 13 en su funcionalidad no es directamente proporcional a su adaptabilidad, ya que existe una relación desproporcionada de 69,7% a 50%.
- Paciente 14 en su funcionalidad no es directamente proporcional a su adaptabilidad, ya que existe una relación desproporcionada de 66,7% a 44,4%.
- Paciente 15 en su funcionalidad obtuvo un 27,2% y en su adaptabilidad 83,3%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.
- Paciente 16 en su funcionalidad obtuvo un 48,5% y en su adaptabilidad 77,7%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.

**4.1.3. Porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión.**

**TABLA 34 PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE INCLUSIÓN**

<b>INCLUSIÓN</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI LO HACE	2	12.5%
NO LO HACE	14	87.5%
NO RESPONDE	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>

**TABLA 34 PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE INCLUSIÓN**

### Porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión.

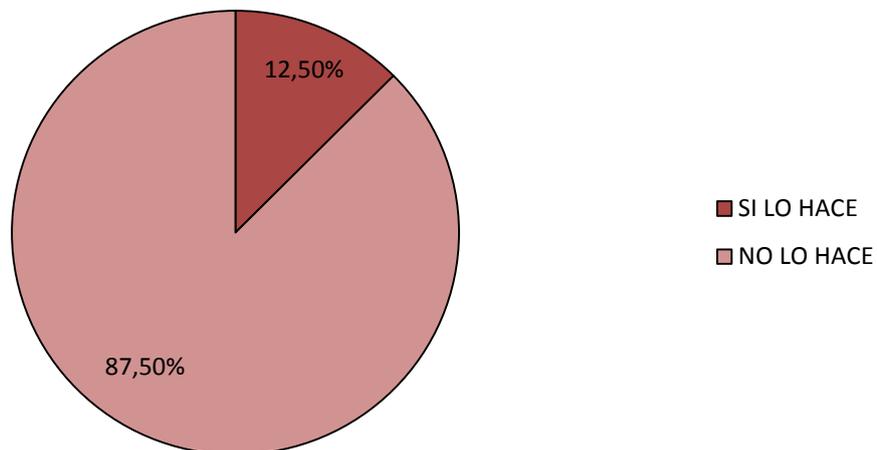


Gráfico 17 Porcentaje de personas que participan en actividades de inclusión

#### Análisis

De los 16 pacientes evaluados se logra determina que 2 pacientes que representan el 12.5% de la población si participan en actividades tales como actividades sociales, recreativas, vocacionales, entre otros, acorde lo señalado en la pregunta n° 48 de la encuesta; marcando una minoría significativa en relación a los 14 pacientes restantes que representan en 87.5% de la población evaluada, los mismos que nos participes en actividades de inclusión.

#### 4.2 Discusión De Resultados

Esperando alcanzar los objetivos planteados en el trabajo de investigación se registró de un total de 16 pacientes a quienes se les aplicó un diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad se evidenció que:

Al evaluar los pacientes 1, 8, 9, 11 y 15 se constató que sus resultados en funcionalidad tienen una pérdida severa de la funcionalidad con una limitación funcional grave del equilibrio y coordinación, una limitación funcional moderada de la motricidad gruesa y una limitación moderada de la motricidad fina, y una pérdida grave de la adaptabilidad, el paciente tiene dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

Persona con limitación funcional es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, se ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (OMS, 2011). (Hinestroza, 2013)

Al evaluar al segundo paciente los resultados demostraron que presenta una pérdida leve de la funcionalidad en actividades que requieran equilibrio y coordinación, también presenta una pérdida moderada de la adaptabilidad, el paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Se ha encontrado que aproximadamente 600 millones de personas experimentan discapacidades de diversos tipos en el mundo, muchos de ellos provenientes de países en vía de desarrollo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2005). En los censos realizados en Centroamérica y Suramérica se ha encontrado una prevalencia de discapacidad que va desde el 14.5% hasta el 1%, tal y como se observa en la Tabla 1 (Banco Interamericano de Desarrollo, 2007). (Soto Botero, 2013)

Al evaluar los paciente 3 y 12 se constató que los pacientes tiene una pérdida de la funcionalidad correspondiente a una perdida profunda de la funcionalidad, esto incluye una limitación severa en el equilibrio, la coordinación gruesa y fina, también presenta una perdida moderada de la adaptabilidad, el paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Se evalúa que los pacientes 4, 5, 7, 13 y 14 tienen una pérdida de la funcionalidad correspondiente a perdida moderada de la funcionalidad, con una limitación moderada del equilibrio y la coordinación, una leve limitación funcional de la motricidad gruesa y una limitación moderada de la motricidad fina, y una perdida grave de la adaptabilidad, el paciente tiene dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

Los datos del Censo Colombiano del 2005 reportaron que, de la población colombiana censada ese año (42'090.502), el 6.3% presentaban al menos una limitación, siendo esto equivalente a 2'651.701 personas. De este grupo, se encontró que el 43.4% presentaba limitaciones visuales, el 29.3% limitaciones permanentes para moverse o para caminar, el 17.3% reportaba limitaciones para oír aun con aparatos especiales, el 14.6% presentaba limitaciones para usar brazos o manos, el 13% para hablar, el 11.7% para entender o aprender, el 9.9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, el 9.4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, y el 18.8% presentan otra forma de limitación (DANE, 2005). (Soto Botero, 2013)

Al evaluar a los pacientes 6, 10, 16 se constató que el paciente tiene una pérdida de la funcionalidad correspondiente a una perdida grave de la funcionalidad con una limitación funcional grave del equilibrio y la coordinación, además de una limitación moderada de la motricidad gruesa y moderada de la motricidad fina, y una perdida

grave de la adaptabilidad, el paciente tiene dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de limitación; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Según el DANE – 2010, en Colombia existen 2,136.219 de personas con alguna discapacidad. Sincelejo - Sucre con un total de 4,159, donde el 18,71% de las personas encuestadas afirman que las vías públicas constituyen una barrera física, las viviendas un 15,74%, el acceso al transporte público un 8,7%, en los centros educativos el 3,9%, centros de salud 4,2% lo cual impide el desarrollo de las actividades cotidianas. (Hinestroza, 2013)

En la relación entre funcionalidad y adaptabilidad de los 16 pacientes encuestados con discapacidad física encontramos que:

Paciente 1 en su funcionalidad no es directamente proporcional a su adaptabilidad, ya que existe una relación desproporcionada de 33.3% a 22.2%.

Hablando específicamente del concepto de calidad de vida en personas en situación de discapacidad, se ha encontrado que cuando una persona sufre de alguna condición médica particular, la evaluación de la calidad de vida va a estar determinada por el impacto que perciba de la enfermedad y el efecto del tratamiento en el bienestar. De esta manera, la calidad de vida va a incluir la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y disminución de oportunidades a raíz de la enfermedad (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón & Sandín, 2006). (Soto Botero, 2013)

Pacientes 2, 4, 5, 6, 9, 13, y 14 presentan un predominio en su funcionalidad en relación con su adaptabilidad.

La discapacidad no es una característica propia del sujeto, sino el resultado de su individualidad en relación con las exigencias que el medio le plantea. El tipo y grado de discapacidad que la persona padece, le impide valerse por sus propios medios de manera autónoma, viéndose obligada a buscar otras alternativas para satisfacer sus necesidades esenciales”. (Franco Lotito, 2011).

Paciente 3 en su funcionalidad obtuvo un 12,2% y en su adaptabilidad 50%, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.

Pacientes 7, 8, 10, 11, 12, 15 y 16 en su funcionalidad obtuvieron porcentajes considerablemente menores en relación a su adaptabilidad, mostrando un predominio de su adaptabilidad sobre su funcionalidad.

Un ambiente accesible, especialmente importante para las personas con discapacidad, otorga beneficios a una gama más amplia de personas. Por ejemplo, los rebajes en las aceras (rampas) también son útiles para los padres que empujan carritos de bebés. Cuando la información se presenta en un lenguaje simple, también ayuda a las personas que tienen menor instrucción y a quienes hablan el idioma como segunda lengua. Los anuncios de cada parada en el transporte público pueden ser de ayuda tanto para los extranjeros que viajan por el país y no conocen bien el recorrido como para las personas con deficiencias visuales. Asimismo, el hecho de que los beneficios alcancen a muchas personas puede contribuir a generar un clima de apoyo generalizado para realizar cambios. (Organización mundial de la salud, 2011)

Al identificar el porcentaje de inclusión de las personas evaluadas se logra determinar qué:

De los 16 pacientes evaluados; basándonos en la pregunta 48 de la encuesta solo 2 personas representan el 12.5% de la población si participan en actividades tales como actividades sociales, recreativas, vocacionales, entre otros; marcando una minoría significativa en relación a los 14 pacientes restantes que representan en 87.5% de la población evaluada, los mismos que nos participes en actividades de inclusión.

#### **4.3 Respuesta a las Preguntas de investigación**

##### **4.3.1 ¿Cuál es el grado de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad evaluadas?**

##### **FUNCIONALIDAD**

<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>GRADO DE FUNCIONALIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
	Totalmente Funcional	
<b>1 paciente</b>	Pérdida Leve de la Funcionalidad	<b>6.25 %</b>
<b>5 pacientes</b>	Pérdida Moderada de la Funcionalidad	<b>31.25 %</b>
<b>3 pacientes</b>	Pérdida Grave de la Funcionalidad	<b>18.75 %</b>
<b>5 pacientes</b>	Pérdida Severa de la Funcionalidad	<b>31.25 %</b>
<b>2 pacientes</b>	Perdida Profundad de la Funcionalidad	<b>12.50 %</b>
	Pérdida Total de	

	Funcionalidad	
<b>16 pacientes</b>	TOTAL	<b>100 %</b>

TABLA 35 GRADO DE FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EVALUADAS

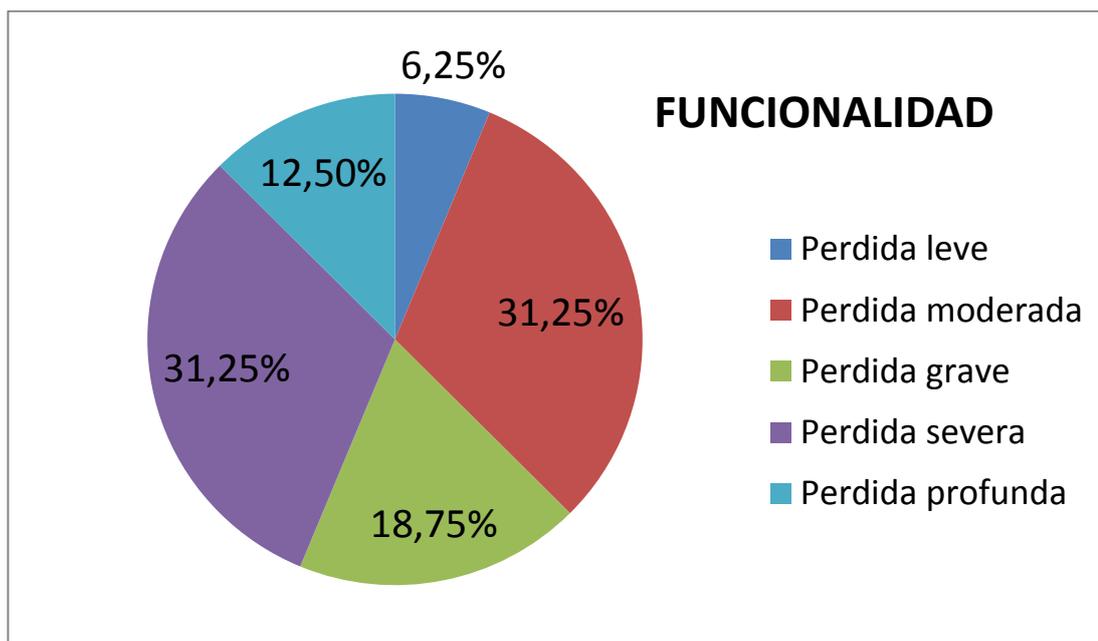


GRÁFICO 18 GRADO DE FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EVALUADAS

De los 16 pacientes evaluados, tenemos como resultados que el grado de funcionalidad de los mismos se da de la siguiente manera, con un porcentaje superior tenemos con un 31.25 % ubicados los pacientes con una pérdida moderada de la funcionalidad, esto quiere decir que tienen una moderada limitación funcional de equilibrio y coordinación, con una leve limitación funcional de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina.

Seguidos por un porcentaje semejante 31.25 % de pacientes que están ubicados con una pérdida severa de la funcionalidad esto quiere decir que estos pacientes tienen una limitación severa de equilibrio y coordinación, con una limitación

funcional grave de la motricidad gruesa y con una limitación severa de la motricidad fina.

Tres de los 16 pacientes evaluados correspondientes al 18.75 % con una pérdida grave de la funcionalidad esto quiere decir que estos pacientes tienen una limitación funcional grave del equilibrio y coordinación con una limitación moderada de la motricidad gruesa y moderada limitación de la motricidad fina.

A continuación por dos pacientes correspondientes al 12.50 % representando una pérdida profunda de la funcionalidad, siendo de esta manera una limitación severa en el equilibrio y coordinación y del mismo modo una pérdida severa de la motricidad fina, y con la minoría equivalente a 1 paciente correspondiente al 6.25 % con una pérdida leve de la funcionalidad, así mismo corresponde a la motricidad, coordinación, motricidad gruesa y fina.

#### **ADAPTABILIDAD**

<b>Nº PACIENTES</b>	<b>GRADO DE ADAPTABILIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	TOTALMENTE ADAPTABLE	
<b>2 pacientes</b>	PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD	<b>12.5 %</b>
<b>8 pacientes</b>	PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD	<b>50 %</b>
<b>6 pacientes</b>	PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD	<b>37.5 %</b>
<b>0</b>	PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD	
<b>16 pacientes</b>		<b>100 %</b>

TABLA 36 GRADO DE ADAPTABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EVALUADAS

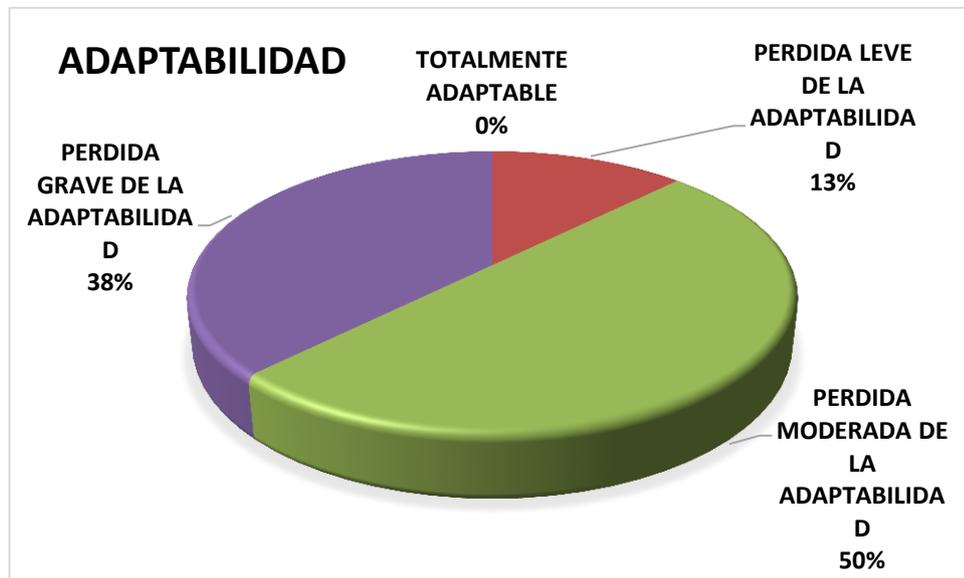


GRÁFICO 19 GRADO DE ADAPTABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EVALUADAS

### ANALISIS

De los 16 pacientes evaluados, tenemos como resultados que el grado de adaptabilidad de los mismos se da de la siguiente manera, con un porcentaje superior tenemos con un 50% ubicados los pacientes con una pérdida moderada de la adaptabilidad, esto quiere decir que tienen una dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

Seguidos por un porcentaje semejante 37.5 % de pacientes que están ubicados con una pérdida grave de la adaptabilidad esto quiere decir que estos pacientes tienen una dependencia severa e inadecuación grave del entorno.

Dos de los 16 pacientes evaluados correspondientes al 12,5 % con una pérdida leve de la adaptabilidad esto quiere decir que estos pacientes tienen una dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

#### 4.3.2 ¿Cuál es la relación entre adaptabilidad y funcionalidad?

<b>N° PACIENTE</b>	<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>ADAPTABILIDAD</b>
<b>1</b>	33.3 %	22.2 %
<b>2</b>	84.8 %	66.6 %
<b>3</b>	12.2 %	50 %
<b>4</b>	66.7 %	33.3 %
<b>5</b>	66.7 %	33.3 %
<b>6</b>	54.5 %	22.2 %
<b>7</b>	69.6 %	83.3 %
<b>8</b>	39.4 %	61.1 %
<b>9</b>	36.4 %	27.7 %
<b>10</b>	48.4 %	66.6 %
<b>11</b>	33.3 %	61.1 %
<b>12</b>	3.1 %	33.3 %
<b>13</b>	69.7 %	50 %
<b>14</b>	66.7 %	44.4 %
<b>15</b>	27.2 %	83.3 %
<b>16</b>	48.5 %	77.7 %

TABLA 37 RELACIÓN ENTRE ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD

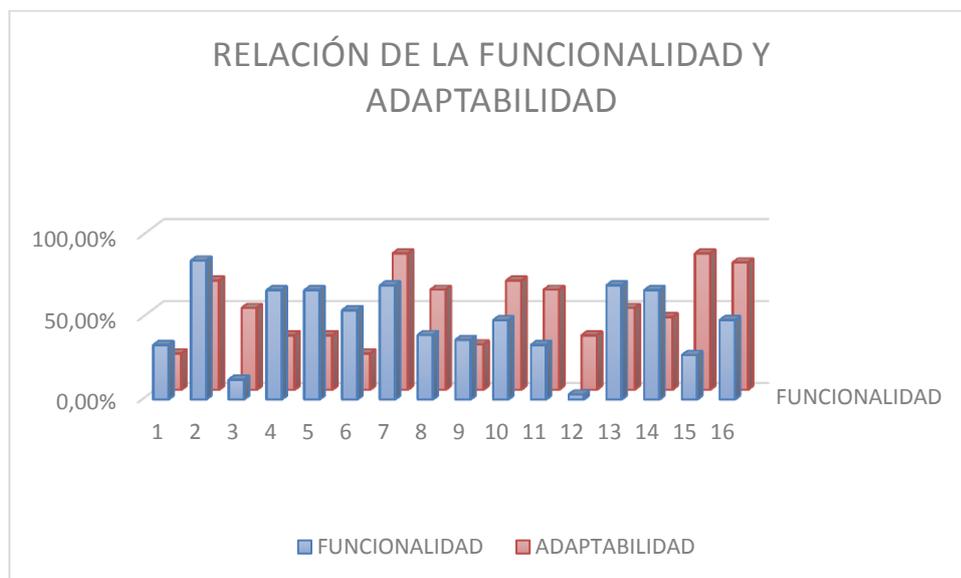


GRÁFICO 20 RELACIÓN ENTRE ADAPTABILIDAD Y FUNCIONALIDAD

Para que una persona sea un ser totalmente independiente y funcional en cuanto a sus actividades tanto diarias como de cuidado personal, debe existir varios factores que interactúen de tal manera que la persona llegue a tener una interacción con todos las funciones básicas y específicas de manera integral.

La funcionalidad por ende es significativamente proporcional a la adaptabilidad, ya que para ser funcional se debe adaptar al entorno que nos rodea, y nosotros como seres humanos tenemos la facilidad de adecuarnos a entornos y ambientes en el cual nos vamos a desenvolver con naturalidad y eficiencia.

Como se puede ver en las gráficas la funcionalidad y la adaptabilidad, tienen valores similares que se relacionan directamente con el paciente, por lo tanto la funcionalidad en relación a la adaptabilidad se enfocan en las actividades de la vida diaria tanto para desenvolverse en su hogar, trabajo y así mismo como para su cuidado personal.

### 4.3.3. ¿Cuál es el porcentaje de personas con discapacidad que participan en actividades de inclusión?

Acorde la pregunta N° 48 de la encuesta se logra determinar que: de los 16 pacientes evaluados apenas 2 pacientes que representan el 12.5% de la población si participan en actividades tales como actividades sociales, recreativas, vocacionales, entre otros; marcando una minoría significativa en relación a los 14 pacientes restantes que representan en 87.5% de la población evaluada, los mismos que no participan en actividades de inclusión.

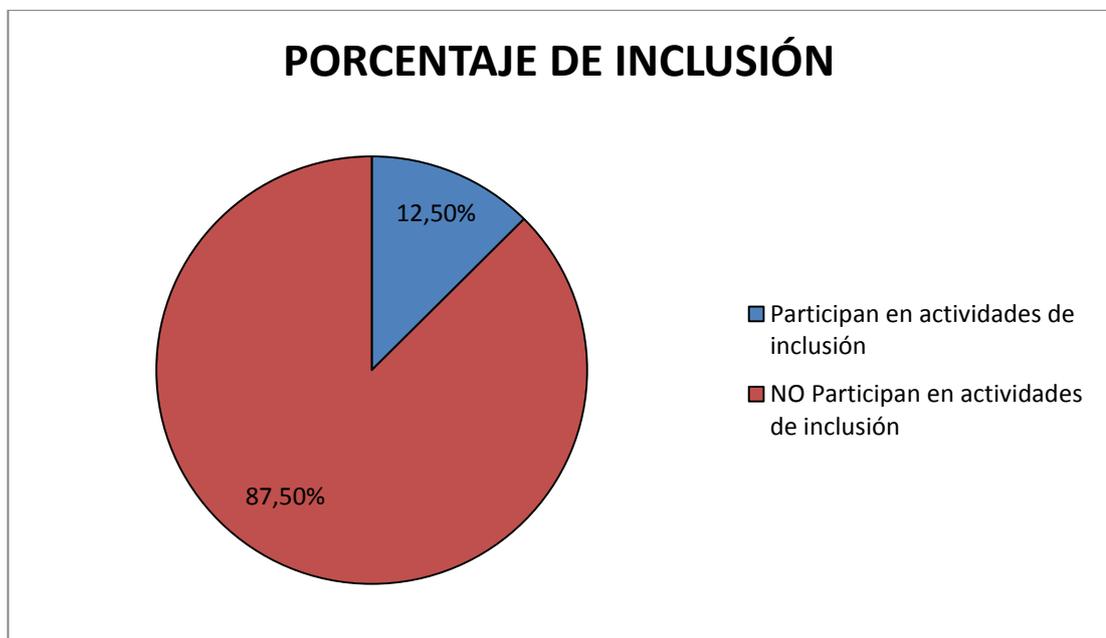


GRÁFICO 21 PORCENTAJE DE INCLUSIÓN

### 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, de tal manera que estos dos trabajan en conjunto y así un solo equipo para que la persona discapacitada pueda manejarse libremente y sea lo más independiente posible dentro de su entorno.

- La mayoría de personas con discapacidad de acuerdo a su discapacidad con un 31.25%, siendo de esta manera la mayoría, indica con una mayor prevalencia una pérdida grave de la funcionalidad, y leve de la misma de tal manera que esto influye directamente en la funcionalidad de los pacientes evaluados.

- El porcentaje de inclusión de la población de estudio fue extremadamente bajo ya que de un total de 16 pacientes, apenas 2 participan en actividades sociales, recreativas, culturales y vocacionales sin importar su condición físicas, con todo aquello que los rodea en igualdad de condiciones.

- 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; sin embargo 7 de los 16 pacientes evaluados presentan una relación inversamente proporcional de su adaptabilidad a su funcionalidad.

#### **4.5 Recomendaciones**

- Se recomienda una evaluación minuciosa de las personas con discapacidad para obtener un adecuado diagnóstico.

- Buscar la ayuda de una persona habitante de las comunidades, para la facilitación de ubicación de vivienda de los pacientes y para traducción del idioma ya que muchos de los pacientes son de etnia indígena.

-Durante la siguiente fase establecer contacto con los líderes de las comunidades, para explicar los procesos de la intervención y la ayuda que se pueda necesitar por parte de los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, J. y. (1973). Human Associative Memory. Washington: Winston & Sons.
- Artunduaga, M., Granados, B. R., Quinche, v. A., & Pimentel Carretero, O. (2010). Orientaciones Pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niños y niñas menores de seis años con discapacidad motora. Bogotá: ICBF, Latinoamérica.
- Asamblea, C. (2008). Constitución de la república del Ecuador. Montecristi: Constitución de la república del Ecuador.
- Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades. (2014, Septiembre 10). Registro Nacional de Discapacidades. Retrieved from [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/registro\\_nacional\\_discapacidades.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/registro_nacional_discapacidades.pdf)
- Cuerda, C. d., & Vázquez, C. (2012). Neurorehabilitación (Métodos específicos de valoración y tratamiento). Madrid: Panamericana.
- Disabilities, N. J. (2006, mayo 2). Learning disabilities and young children: identification and intervention. Retrieved from LD online: [http://www.ldonline.org/article/Learning\\_Disabilities\\_and\\_Young\\_Children%3A\\_Identification\\_and\\_Intervention?theme=print](http://www.ldonline.org/article/Learning_Disabilities_and_Young_Children%3A_Identification_and_Intervention?theme=print)
- Egea García, C., & Sarabia Sanchez, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. 15.
- 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.
- Franco Lotito, H. S. (2011). DISCAPACIDAD Y BARRERAS ARQUITECTONICAS : UN DESAFIO PARA LA INCLUSION . Revista AUS 9 \_10- 13\_primer semestre dos mil once, 4.
- Hinestroza, H. (2013). DISCAPACIDAD Y BARRERAS ARQUITECTONICAS UN PROBLEMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL. Corporación Universitaria Antonio José de Sucre, 5.
- Martinez Mediano, C. (2014). Técnicas e Instrumentos de Recogida y Analisis de Datos. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Micaela Moro Ipola, L. M. (2014). Desarrollo y Validacion de la Becad, un Instrumento de Evaluacion Basado en la Clasificacion Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Revista Española Salud Publica, 11-24.
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF. 54º Asamblea Mundial de la Salud.

- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización mundial de la salud. (2011). Informe mundial sobre discapacidad. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2013, Octubre 22). 54 asamblea mundial de la salud. recuperado el 22 de enero de 2009. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.
- Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial. (2014, 09 15). Informe mundial Sobre la Discapacidad. Retrieved from [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2014, 09 15). Informe mundial Sobre la Discapacidad. Retrieved from [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Organización Mundial De la Salud, Organización Panamericana De La Salud. (2014). Clasificación Internacional del Funcionamiento, De La Discapacidad y de La Salud. Santander: IMERSO.
- Organización Mundial De la Salud, Organización Panamericana De La Salud. (2014). Clasificación Internacional del Funcionamiento, De La Discapacidad y de La Salud. Santander: IMERSO.
- Organization, World Health. (2014, Enero 5). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of Classification relating to the consequences of diseases. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](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.
- POSSO, M. (2011). Proyecto, Tesis, Marco Logico. Ibarra.
- Retardation, A. A. (2002). Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza Editorial.
- Romero, D. y. (2003). Actividades de la vida diaria o cuidado personal. Barcelona : Masson.
- Samaniego Santillan, P. (2005). breve analisis situacional del acceso a servicios educativos de jovenes con discapacidad en el Ecuador. Quito: RISPERGRAF C.A.
- Secretaría Nacional, d. P. (2007 - 2010). Buen vivir plan nacional. Quito.
- Secretaría Nacional, d. P. (2013 - 2017). Buen vivir plan nacional. Quito: Semplades.

Soto Botero, P. A. (2013). DISCAPACIDAD Y ESTILOS DE  
AFRONTAMIENTO:UNA REVISIÓN TEÓRICA. Revista Vanguardia  
Psicológica, 201-202.

## ANEXOS

### ANEXO 1. FORMULARIO DE 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 2. ENCUESTA



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE TERAPIA FISICA

#### Datos Personales

**NOMBRE:**.....

**CEDULA:**.....

**EDAD:**.....

**FECHA DE NACIMIENTO:**.....

**Usted es: Mestizo.....Negro.....Blanco.....Indígena**

**GENERO: MASCULINO.....FEMENINO.....**

**POSEE CARNET DEL CONADIS: Si.....No.....**

**NÚMERO DE CARNET DEL CONADIS:**.....

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**.....

**PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD:**.....

**DIRECCION DE SU DOMICILIO:**.....

**REFERENCIA DOMICILIARIA:**.....

**NÚMERO DE TELÉFONO:**.....

**PROVINCIA:**.....

**CANTON:**.....

**PARROQUIA:**.....

**COMUNIDAD:**.....

#### EVALUACION DE MOTRICIDAD FINA

#### EVALUACION DE MOTRICIDAD GRUESA

**1. ¿Por favor, puede tocarse las rodillas con la mano derecha?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE.....**

**2. ¿Por favor, puede tocarse las rodillas con la mano izquierda?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**3. ¿Por favor, puede tomar la pelota del piso con la mano derecha?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**4. ¿Por favor, puede tomar la pelota del piso con la mano izquierda?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**5. ¿Por favor, siéntese 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, siéntese 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, puede levantar la mano derecha?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**8. ¿Por favor, puede levantar la mano izquierda?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**9. ¿Por favor, tóquese sus pies con la mano derecha**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

- 10. ¿Por favor, tóquese sus pies con las manos izquierdas?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 11. ¿Por favor, tóquese el pie derecho con su mano izquierda?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 12. ¿Por favor, tóquese el pie izquierdo con su mano derecha?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 13. ¿Por favor, puede usted pararse sobre su pie izquierdo?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 14. ¿Por favor, puede usted pararse sobre su pie derecho?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 15. ¿Mantiene el equilibrio de pie cerrado los ojos?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 16. ¿puede ponerse de rodillas sobre el suelo como un gatito? (6 y 7 afirmativas)**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**
- 17. ¿Puede subir una altura de una grada alternando sus pies por varias ocasiones?**  
**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**18. ¿Por favor, pase las hojas de un cuadernillo?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**19. ¿Por favor, camine 10 pasos?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**20. Por favor, coloque fuera los objetos de la caja y nuevamente colóquelos dentro?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**21. ¿Por favor, coloque un vaso sobre el otro?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**22. Puede repetir la simulación de los movimientos del encuestador (cabeza, aplauda  
y abrácese)**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
RESPONDE....**

**23. Tiene dependencia a medicamentos oxígenos u otros?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO  
SABE....**

**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, corte el papel por donde va la línea?**

**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 qué lugar estamos?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO**

**RESPONDE....**

**33. ¿Puede indicarme que día es hoy?**

**SI LO HACE.....NO LO HACE.....LO HACE CON DIFICULTAD.....NO**

**RESPONDE....**

**34 ¿Puede decirme como se llama 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.....merienda.....Otras.....NO RESPONDE**

**37. ¿Necesita de ayuda para bañarse?**

**SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....**

**38. ¿Necesita ayuda para mantener una rutina diaria de aseo personal?, como lavarse los dientes, la cara o etc.**

**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 instrumento, persona, etc.?, si es el caso indique cual o cuales.**

**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 actividades domésticas?, como barrer, tender la cama, lavar los platos, etc.**

**SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....**

**44. ¿Necesita ayuda para cocinar y/o servir alimentos?**

SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....

**45. ¿Necesita ayuda para realizar compras, ir al medio, ir al banco, a la 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, recreativas, vocacionales, etc?**

SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....

**49. ¿Es capaz de utilizar servicio de transporte adecuadamente?**

SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....

**50. ¿Usted es maltratado dentro del hogar?**

SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....

**Quien, quiénes lo maltratan en el hogar solo si respondió si la pregunta 50**

**FAMILIARES**

**DIRECTOS.....FAMILIARESINDIRECTOS.....AMIGOS.....**

**EXTRAÑOS.....**

**51. ¿Utiliza pañal?**

SI.....NO.....NO SABE.....NO RESPONDE.....

**52. ¿Se considera usted una persona discapacitada?**

SI.....NO.....

**NOMBRE DEL ENCUESTADOR:..... FECHA:**

### ANEXO 3. FOTOS



**Paciente género femenino realizando reconocimiento del objeto**

**FUENTE:** Comunidad Yambiroo 2015 **RESPONSABLES:** Marlon N, Fátima T.



**Paciente masculino, adulto mayor realizando ejercicios de simulación de los movimientos del encuestador**

**FUENTE:** Comunidad Yambiroo 2015 **RESPONSABLES:** Marlon N, Fátima T.



Paciente género masculino realizando ejercicios de colocación de un vaso sobre otro  
**FUENTE:** Comunidad Muenala 2015 **RESPONSABLES:** Marlon N, Fátima T.



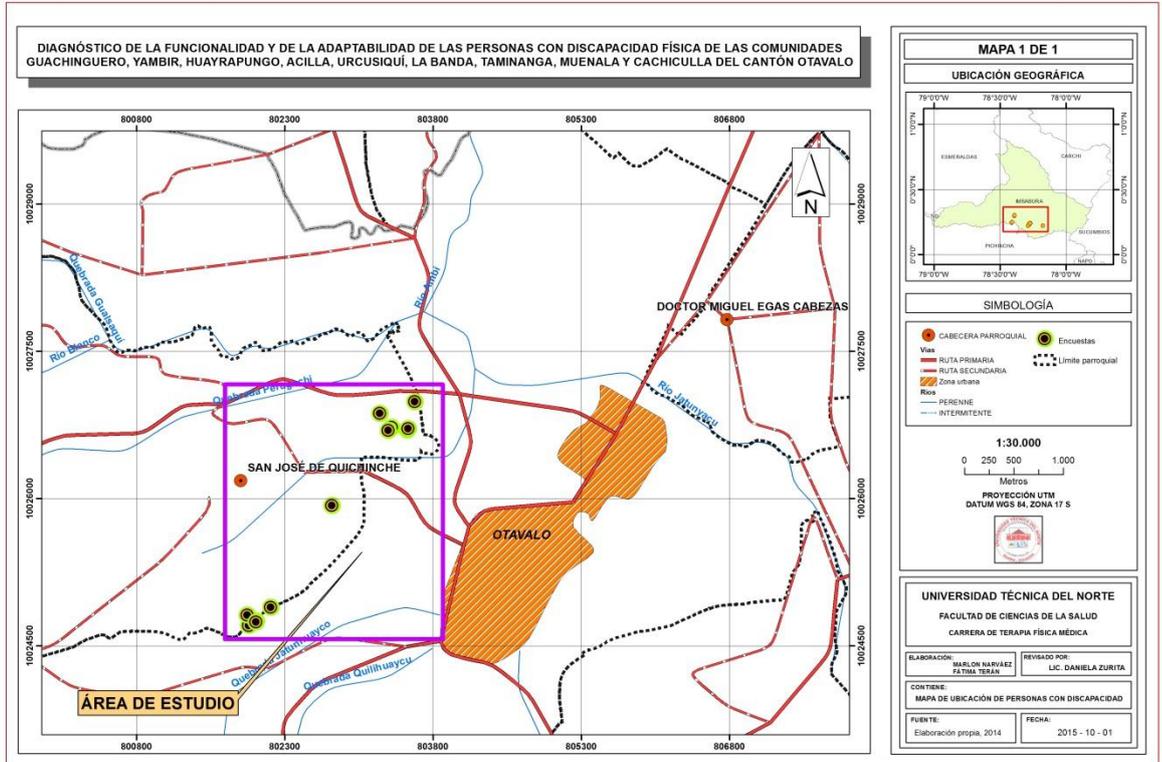
Paciente masculino realizando ejercicios de motricidad fina (uniendo puntos )  
**FUENTE:** Comunidad Cachiculla 2015 **RESPONSABLES:** Marlon N, Fátima T.



Paciente género masculino realizando motricidad fina (corte de papel siguiendo patrón de líneas)

**FUENTE:** Comunidad Cachiculla 2015 **RESPONSABLES:** Marlon N, Fátima T.

## ANEXO 4. MAPA DE LAS COMUNIDADES



## ANEXO 5. ANÁLISIS URKUND

Documento : tesiis danny.docx [D15666098]

Alrededor de 66% de este documento se compone de texto más o menos similar al contenido de 69 fuente(s) considerada(s) como la(s) más pertinente(s).

La más larga sección comportando similitudes, contiene 843 palabras y tiene un índice de similitud de 97% con su principal fuente.

TENER EN CUENTA que el índice de similitud presentado arriba, no indica en ningún momento la presencia demostrada de plagio o de falta de rigor en el documento.  
Puede haber buenas y legítimas razones para que partes del documento analizado se encuentren en las fuentes identificadas.  
Es al corrector mismo de determinar la presencia cierta de plagio o falta de rigor averiguando e interpretando el análisis, las fuentes y el documento original.

Haga clic para acceder al análisis:

<https://secure.orkund.com/view/15714360-357683-284650>

Haga clic para descargar el documento entregado:

<https://secure.orkund.com/archive/download/15666098-744141-512360>

-----  
-----

### UN PROBLEMA CON UN DOCUMENTO? ###

Un documento duplicado?  
Un análisis llevando metadatas?  
Un análisis inaccesible?

-> Escribir a nuestro equipo soporte para que la incidencia este resuelta lo antes posible.  
-> Informar el equipo de la referencia de cada documento implicado [DXXXXXXX].

Contactos de nuestro equipo soporte:

Sudamérica: difusion@difusion.com.mx / +52 555 090 2800 (México)  
España: soporte@orkund.es / 902 001 288 (local)

Buenos éxitos para sus estudiantes y suerte para usted.

El equipo Urkund

## ANEXO 6. APROBACIÓN ABSTRACT

“DIAGNOSIS OF FUNCTIONALITY AND FITNESS FOR PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITIES IN THE COMMUNITIES OF IMBABURA PROVINCE, OTAVALO CANTON: GUACHINGUERO, YAMBIR, HUAYRAPUNGO, ACILLA, URCISIQUI, THE BAND, TAMINAGA, MUENALA AND CACHUCULLA PERIOD 2015”.

**Autors:** Marlon Alejandro Narváez Orozco  
Fátima Vanessa Terán Oña  
Thesis Director: Msc. Daniela Zurita Pinto

### ABSTRACT

Disability is defined as "any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being." Because, a lack of real statistical data, is necessary to start this research to establish in a true and tangible way the functionality state and adaptability of people with disabilities in relation to its environment in the different communities of Quichinche 3.

The research objective is to assess functionality and adaptability of people with physical disabilities from: Guachinguero, Yambir, Huayrapungo, Acilla, Urcusiqui, La Banda, Taminaga, Muenala and Cachiculla communities.

The methodology used is descriptive, where relevant situations and events related to the investigation are described, marking a positive impact in agreement with the diagnosis of functionality and adaptability of people under the study. The research design was not experimental because it was done without manipulating variables; it was cross-cut, because it took a time period during 2015.

A sample survey was used consisting of 52 questions by which the degree of functionality and adaptability. Subsequent data evaluation allowed to determine the actual state of the quality of life of people tested.

In the native communities where the investigation took place, we found 21 people with disabilities, of which one was impossible to communicate by his native language, one declared not wish to participate, there was one duplicate data in the list, resulting a total of 18 respondents.

After data evaluation from surveys, it was found that 2 persons, did not have any kind of disability.

Conclusions: We found that 31.25% people with physical disabilities present a higher prevalence of severe loss of functionality, 12.5% of patients evaluated, participate in social, recreational and vocational activities.

It showed that the functionality is directly proportional to the adaptability, though 7 of the 16 evaluated presented an inversely proportional relationship of adaptability in relation to the functionality.

**Key words:** Disability, functionality, adaptability

