



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Terapia Física Médica

**TEMA:**

DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES: GUALABÍ, COCHALOMA, CASCO VALENZUELA, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014.

**AUTORA:**

Emilia Catherine Sánchez Cevallos

**DIRECTOR DE TESIS:**

Lcdo. Juan Carlos Vásquez

**Ibarra, 2015**



## 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, determino la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1720133709		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Sánchez Cevallos Emilia Catherine		
<b>DIRECCIÓN :</b>	Plan Victoria calle nielsen y anonas (Quito)		
<b>EMAIL:</b>	emily_catherine@hotmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	3282160	<b>TELÉFONO MOVIL:</b>	0983216908

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO</b>	Diagnóstico de la Funcionalidad y Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades:  Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014.
<b>AUTORES</b>	Emilia Catherine Sánchez Cevallos
<b>FECHA</b>	2015-11/30

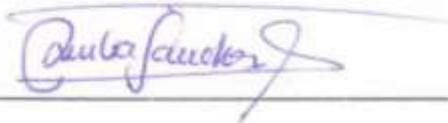
## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Emilia Catherine Sánchez Cevallos , con cédula de identidad Nro.1720133709, en calidad de autora de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago 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

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

Ibarra, a los 30 días del mes de Noviembre del 2015



Firma

Nombre: Emilia Catherine Sánchez Cevallos

CI: 1720133709

## ACEPTACIÓN



Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución del Concejo Universitario



**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, **Emilia Catherine Sánchez Cevallos**, con cédula de identidad Nro. **1720133709**, 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 autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES: GUALABÍ, COCHALOMA, CASCO VALENZUELA, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014.”** que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA** 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.

Firma

Nombre: Emilia Catherine Sánchez Cevallos

Cédula: 1720133709

## APROBACIÓN DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lcdo. Juan Carlos Vásquez en calidad de director de la tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LAS COMUNIDADES: GUALABÍ, COCHALOMA, CASCO VALENZUELA, CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014."**, de autoría de Emilia Catherine Sánchez Cevallos, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 30 días del mes de Noviembre del 2015.

Atentamente.



Lcdo. Juan Carlos Vásquez

CI: 1001757614

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el camino del bien, dándome fuerzas para seguir adelante. A mis padres Isaías y Silvia, que por ellos soy lo que soy, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, en los momentos más difíciles y por ayudarme con todos los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanas María José y Geovanna, quienes siempre han estado a mi lado ayudándome. A mi sobrino Joaquín Emiliano, que es y será mi motivación, inspiración y felicidad.

Emilia Sánchez

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar quiero agradecer a Dios por las bendiciones recibidas lo que me ha permitido llegar hasta donde estoy, por hacer realidad este sueño tan anhelado.

A mi familia que siempre han estado apoyándome en cada decisión y paso que doy en mi vida.

A la Universidad Técnica del Norte que me abrió las puertas y me dio la oportunidad de culminar mis estudios y llegar a ser una profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores de toda mi carrera profesional que siempre me han compartido su conocimiento.

A las personas y directivos de las diferentes Comunidad donde se me permitió realizar las encuestas para culminar con mi trabajo.

Y como no agradecer a un personaje que sin duda ha sido muy importante en el desarrollo y finalización de mi tesis, a mi director de tesis que es quien me ha guiado durante el desarrollo de la misma, me ha compartido sus experiencias, su tiempo e incluso ideas para mejorar este trabajo.

Emilia Sánchez

Diagnóstico de la Funcionalidad y Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014.

Autora: Emilia Sánchez

Director: Lcdo. Juan Carlos Vásquez

## Resumen

Este trabajo tiene la finalidad de realizar un Diagnóstico de la Funcionalidad y la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014, al realizar un estudio de esta índole y para abarcar el contexto de investigación se basó en un estudio de tipo cualitativo y cuantitativo por que interpretamos la vida de las personas y expresamos los resultados obtenidos usando valores establecidos; además, es un estudio descriptivo; nos permite describir una realidad, el diseño de este estudio fue no experimental ya que no se manipularon las variables, y de corte transversal porque fue en un determinado tiempo, se aplicó una encuesta que dio un diagnóstico de la adaptabilidad y funcionalidad usando un método de ponderación basada en el índice de Barthel, la escala de medición de la funcionalidad e independencia (FMI), y la escala de Glasgow modificada dispuesta por 52 ítems; con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados de un total de 10 personas de las comunidades, con respecto a la funcionalidad el 50% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 4, siendo esto pérdida leve de la funcionalidad, el 40% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 3, siendo esto pérdida moderada de la funcionalidad. En lo que se refiere la adaptabilidad el 50% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 2 pérdida grave de la adaptabilidad; el 40% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 3 pérdida moderada de la adaptabilidad y el 10% obtuvieron un puntaje de 2 pérdida leve de la adaptabilidad, lo que nos indica que la adaptabilidad es directamente proporcional a la funcionalidad del paciente.

**Palabras claves:** adaptabilidad, funcionalidad, discapacidad física.

# **Diagnosis of functionality and adaptability of people with physical disabilities in the communities: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Canton Otavalo, Province of Imbabura, in the period 2014**

Autora: Emilia Sánchez

Director: Lcdo. Juan Carlos Vásquez

## **ABSTRACT**

This research aims to make a Diagnose of the Functionality and Adaptability on physically handicapped people in the communities of Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, in the Imbabura province, canton Otavalo in 2014. IN order to conduct this kind of research and cover its context, a qualitative and quantitative study was used; therefore, the results were obtained using established values system. Furthermore, it is a descriptive research which allows to describe a reality. The design of the research was non-experimental since the variables are not manipulated, and it is also a cross section since it was done at a specific time. We applied a survey, which resulted in a diagnose of the adaptability and functionality by using a deliberation method based on the Barthel Index, the Measure Scale of Functionality and independence (FMI), and the scale of Glasgow Modified which consists of 52 items through the following results were obtained out to 10 people of the communities. Regarding the functionality, 50% of patients got a score of 4, which represents minor loss of functionality. 30% of the patients got a score of 3 which is moderate loss of functionality. As for the adaptability, 50% of the patients got a score of 2, which is severe loss of adaptability; 40% of patients got a score of 3, moderate loss of adaptability and 10% got a score of 2, which is minor loss of adaptability, this shows that the adaptability is directly proportional of the functionality of the patient.

**Keywords:** adaptability, functionality, physical disability

## NDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	II
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	IV
APROBACIÓN DIRECTOR DE TESIS.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
RESUMEN.....	VIII
SUMARY.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIV

## CAPITULO I PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	5
1.4 Preguntas De Investigación.....	5

## **CAPITULO II MARCO TEÓRICO**

2.1 La discapacidad.....	6
2.1.1 Que es la Discapacidad.....	6
2.2 Tipos De Discapacidad.....	7
2.2.1 Discapacidad Mental O Intelectual.....	7
2.2.2 Discapacidad Psíquica.....	7
2.2.3. Discapacidad Sensorial.....	8
2.2.4 Discapacidad Física.....	8
2.2.4.1 Causas.....	9
2.2.4.2 Tipos de discapacidad física.....	10
2.3 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).....	11
2.3.1 objetivos de la CIF.....	12
2.4. Funcionalidad y adaptabilidad.....	13
2.4.1 Funcionalidad.....	13
2.4.2 Adaptabilidad.....	19
2.5 Marco legal y jurídico.....	26
2.5.1 Constitución del ecuador.....	26
2.5.2 Objetivos del plan nacional del buen vivir.....	31

## **CAPITULO III METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de investigación.....	34
3.2 Diseño de la investigación.....	35
3.3 Población de estudio.....	35

3.4 Identificación de variables.....	35
3.5 Operacionalización de variables.....	36
3.6 Métodos y técnicas.....	37
3.6.2 Estrategias.....	39
3.7 Validez y confiabilidad.....	40

## **CAPITULO IV RESULTADOS**

4.1 Análisis de resultados.....	41
4.1.2 Discapacidad por género.....	41
4.1.3 Discapacidad por edad.....	42
4.1.1 Resultados de adaptabilidad y funcionalidad.....	43
4.1.4 Porcentaje general de funcionalidad.....	54
4.1.5 Porcentaje general de adaptabilidad.....	55
4.1.6 Relación de funcionalidad y adaptabilidad.....	56
4.2 Discusión de resultados.....	57
4.3 Respuesta a las preguntas de investigación.....	58
4.4 Conclusiones.....	60
4.5 Recomendaciones.....	61
Bibliografía.....	62
Anexos.....	66

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Porcentaje de discapacidad por género.....	43
Tabla 2 Porcentaje de discapacidad por edad.....	44
Tabla 3 Paciente 1 funcionalidad.....	46

Tabla 4 Paciente 1 adaptabilidad.....	46
Tabla 5 Paciente 2 funcionalidad.....	47
Tabla 6 Paciente 2 adaptabilidad.....	47
Tabla 7 Paciente 3 funcionalidad.....	48
Tabla 8 Paciente 3 adaptabilidad.....	49
Tabla 9 Paciente 4 funcionalidad.....	49
Tabla 10 Paciente 4 adaptabilidad.....	49
Tabla 11 Paciente 5 funcionalidad.....	50
Tabla 12 Paciente 5 adaptabilidad.....	50
Tabla 13 Paciente 6 funcionalidad.....	51
Tabla 14 Paciente 6 adaptabilidad.....	51
Tabla 15 Paciente 7 funcionalidad.....	52
Tabla 16 Paciente 7 adaptabilidad.....	52
Tabla 17 Paciente 8 funcionalidad.....	53
Tabla 18 Paciente 8 adaptabilidad.....	53
Tabla 19 Paciente 9 funcionalidad.....	54
Tabla 20 Paciente 9 adaptabilidad.....	54
Tabla 21 Paciente 10 funcionalidad.....	55
Tabla 22 Paciente 10 adaptabilidad.....	55
Tabla 23 Porcentaje general de funcionalidad.....	56
Tabla 24 Porcentaje general de adaptabilidad.....	57
Tabla 25 Relación de funcionalidad y adaptabilidad.....	58



## **CAPITULO I**

### **EI PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del Problema**

En los momentos actuales en que la salud es un tema que es de interés mundial y todos los países pretenden disminuir sus índices de mortalidad aplicando campañas de prevención, es necesario incluir en este proceso de prevención a personas con discapacidad ya que por mucho tiempo han sido marginadas y excluidos (Lake, 2011). Nuestro país no es la excepción en este enfoque y la salud es un eje fundamental en la política de estado que apunta al buen vivir de los ecuatorianos.

No se puede dejar de lado el arduo trabajo realizado hasta el momento y lo importante que es continuar realizándolo, es por esto que se hace necesario, por no decirlo más, una obligación el estar pendiente de las personas que tengan algún tipo de discapacidad y darle un verdadero seguimiento, esto quiere decir, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado e inclusión a la sociedad.

A nivel mundial se estima que más de mil millones de personas que viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2011). Esta cifra es mayor a las

estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970 que era aproximadamente un 10%.

Según el Banco Mundial, en 2009 había al menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad en América Latina y el Caribe. Las encuestas específicas de algunos países de la región realizadas alrededor de 2000, además de aquellos censos cuyos datos al respecto pueden considerarse consistentes y que se ejecutaron por la misma fecha, registraron valores de prevalencia de la discapacidad cercanos al 10% consignado por la OMS a nivel mundial (Stang, 2011). En Ecuador se estima un 12,1% de prevalencias de discapacidad según la encuesta Nacional de Discapacidades realizada en el 2004 (CONADIS, Septiembre, 2014).

En el Ecuador existen alrededor de 1.610.000 con algún tipo de discapacidad que viven en sectores rurales y que su ingreso mensual fluctúa entre los 30 – 50 dólares mensuales, es decir en extrema pobreza y alejados de todo (Villacis, 2011).

En la provincia de Imbabura de acuerdo a datos publicados por el Instituto de Estadísticas y Censos INEN, hasta ese año existían alrededor de 8.500 personas con algún tipo de discapacidad, una actualización realizada en el 2013 nos dice que hay 9.758 personas, localizadas o distribuidas en todos los cantones de la provincia (INEN, 2013).

En nuestro país para que una persona sea diagnosticada con discapacidad es necesario que los pacientes obtengan un carné en el que se especifiquen el porcentaje y tipo de discapacidad después de un chequeo médico, pero para tal diagnóstico no se hace énfasis en lo que se refiere a la

funcionalidad y adaptabilidad sabiendo que es muy importante saber cómo está el estado del paciente tanto en lo que se refiere a la funcionalidad valorar motricidad fina, motricidad gruesa, coordinación, equilibrio y respecto a la adaptabilidad valorar adaptación al medio y sus actividades de la vida diaria, puesto que conociendo esto el profesional de terapia física puede hacer una mejor intervención mejorando su calidad de vida explotando las habilidades de cada persona.

Por tal motivo y tomando en cuenta que las discapacidades se dan con mayor frecuencia en zonas rurales de nuestro país y por ende su atención es deficiente, el trabajo tiene la finalidad de hacer un seguimiento sobre el Diagnóstico de la Funcionalidad y la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál es la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014?

## **1.3 Justificación**

El proyecto radica su importancia en conocer el estado actual sobre la adaptabilidad y funcionalidad de las personas que sufren alguna discapacidad

y que se ha hecho para mejorar y combatir este mal que aqueja a nuestra sociedad, mucho más en los sectores rurales de nuestro país, específicamente en la provincia de Imbabura, en las comunidades de Gualabí , Cochaloma y Casco Valenzuela, sin dejar de lado que entre las políticas de estado es primordial el velar por personas que presenten alguna discapacidad, preocupándose inicialmente de investigar las personas que presentan algún grado de discapacidad, esto se lo ha realizado gracias a una primera etapa del macro proyecto; diagnostico georeferencial de las personas con discapacidad en las diferentes comunidades.

Los beneficiarios directos serían las personas de estas comunidades ya que una vez obtenida una realidad de los datos sobre la adaptabilidad y funcionalidad de las personas con discapacidad, se puede hacer inclusión de las personas con discapacidad ya que se obtendrá información acerca de sus limitaciones.

La perspectiva de este proyecto será la intervención fisioterapéutica, brindando el tratamiento adecuado a cada paciente dependiendo de la discapacidad que presente el paciente.

Los recursos utilizados para la realización de este proyecto son de bajo costo y fácil acceso para el encuestador, además se cuenta con recursos humanos suficientemente capacitados en el tema para su realización, además con la ayuda de un censo ya realizado anteriormente sobre la georreferenciación, lo que permite un acceso directo con los pacientes que presenta discapacidad.

Entre las imitaciones de esta investigación para la obtención de datos personales de los pacientes tenemos el fallecimiento del mismo, además el cambio de domicilio, el idioma del paciente, o en algunos casos pacientes además de presentar una discapacidad física, también presentan discapacidad auditiva.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Diagnosticar la Funcionalidad y la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el género y edad del grupo de personas con discapacidad
- Determinar el nivel de adaptabilidad y funcionalidad de las personas con discapacidad física de las comunidades en estudio.
- Relacionar el nivel de funcionalidad y adaptabilidad del grupo de pacientes con discapacidad física.

## **1.5 Preguntas de Investigación**

- ¿Cuál es el género y edad del grupo de personas con discapacidad?
- ¿Cuál es el nivel de adaptabilidad y funcionalidad de las personas con discapacidad física de las comunidades en estudio?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de funcionalidad y adaptabilidad del grupo de pacientes con discapacidad física?

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 La Discapacidad

##### 2.1.1 Que es la Discapacidad

“La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Lo que no dice la definición es la carga social que esa palabra lleva para las personas que tienen una deficiencia, una limitación o una restricción” (Ayala & Mateos, 2010).

La discapacidad se define como la exteriorización funcional de las deficiencias, limitaciones físicas o mentales que, al relacionarlas con el contexto social producen desventajas o minusvalías (curso intervención marginación, 2010). Estas expresan el desfase entre las capacidades y potenciales de la persona discapacitada y las demandas del medio. La Discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.

En términos generales la discapacidad tiene estrecha relación con las deficiencias, que a su vez son limitantes de actividades y restricciones en participación. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Las deficiencias tiene que ver con anomalías que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades que tienen los individuos para realizar tareas o acciones, mientras que las restricciones dejan de lado la participación del individuo en situaciones vitales y cotidianas.

## **2.2. Tipos de Discapacidad**

Existen los siguientes tipos de discapacidad:

- Física
- Intelectual o mental
- Psíquica
- Sensorial

### **2.2.1 Discapacidad Mental o Intelectual**

La discapacidad mental es una "función intelectual" significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación,

autocuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad. Son Personas con dificultades en el plano intelectual. Algunas enfermedades asociadas son:

Síndrome de Down, Síndrome de Prader Willi, Autismo, Síndrome de X Frágil, Fenilcetonuria, Alzheimer, entre otros.

### **2.2.2 Discapacidad Psíquica**

La discapacidad siquiátrica se enmarca en el ámbito de la salud mental. Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes. Las enfermedades síquicas o mentales (no confundir con discapacidad mental o intelectual) constituyen uno de los principales componentes del universo de enfermedades y discapacidades: cinco de diez causas principales de discapacidad en el mundo son los problemas de salud mental.

### **2.2.3 Discapacidad sensorial**

Dentro de la categoría de la discapacidad sensorial, encontramos la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos, por ejemplo la hipoacusia que es la disminución en la sensación del gusto.

### **2.2.4 Discapacidad Física**

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, decimos que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos.

Ciertos niños con discapacidad neuro-motora serán capaces de sentarse sin soporte o auxilio, mientras otros necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas de la vida diaria. Para que no haya atraso en su desarrollo, es necesario que al ser diagnosticada de forma precoz la discapacidad o que ante la sospecha de cualquier lesión neuro-motora, el niño sea inmediatamente atendido por un profesional especializado.

La discapacidad física se origina por una deficiencia física, es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteoarticulares, nervios o muscular.

Existe una limitación en el área motora o falta de control de movimientos, de funcionalidad y/o de sensibilidad, que impide realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente o realizarlas con las mismas capacidades que las de las personas. Generalmente se presenta en las extremidades, Aunque también se puede presentar en todo el cuerpo y asociada a otras áreas.

#### 2.2.4.1. Causas

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas (María Begoña Fernández Castaño, 2012).

Las causas que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- **Genéticas:** se pueden transmitir de padres a hijos
- **Congénitas:** se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen solo de los factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación.
- **Adquiridas:** pueden ser ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento.
- **Temporales:** se trata de deficiencias adquiridas a consecuencia de algún accidente que provoca una inmovilidad limitada y cuyo pronóstico de recuperación es predecible, considerando aspectos como inmovilidad. Terapia física, etc.
- **Permanentes:** aquellas cuyo diagnóstico no contempla mejoría independientemente del tratamiento.

#### 2.2.4.2 Tipos de Discapacidad Física

##### 2.2.4.2.1 Discapacidades Físicas Motrices

#### **2.2.4.2.1.1 Discapacidades Motrices Sin Afectación cerebral**

- **Lesión medular**

Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad (María Begoña Fernández Castaño, 2012).

- **Esclerosis múltiple**

Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina (María Begoña Fernández Castaño, 2012).

- **Espina Bífida**

Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, en el periodo embrionario en el cierre del tubo neural con la formación de los somites con o sin exposición de la médula espinal (María Begoña Fernández Castaño, 2012).

- **Distonía Muscular**

Es un síndrome que consiste en contracciones musculares involuntarias sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas (María Begoña Fernández Castaño, 2012).

#### **2.2.4.2.1.2 Discapacidades Motrices con afectación cerebral.**

- Parálisis Cerebral
- Accidente cerebro - vascular.

### **2.3 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad Y de la Salud (CIF)**

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud: el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, 2011).

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”. 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, Actividades-Participación (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **2.3.1 Objetivos de la CIF**

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, 2011). Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades;
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo;
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

### **2.3.2 Aplicaciones de la CIF**

Desde su publicación como una versión de prueba en 1980, la CIDDM ha sido empleada para diferentes fines (Organización Mundial de la Salud, 2011).

- Herramienta estadística: en la recogida y registro de datos (ej. en encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información);
- Herramienta de investigación: para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales;
- Herramienta clínica: en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;
- Herramienta de política social: en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas;
- Herramienta educativa: para diseño del “currículum”, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

## **2.4 Funcionalidad y Adaptabilidad**

### **2.4.1 Funcionalidad**

Según el diccionario de la Real Academia Española funcionalidad es la capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos (Real Academia Española, 2015)

Al evaluar la funcionalidad de una persona, se valoran las posibilidades de desarrollo ocupacional de la misma, lo cual implica la consideración de las habilidades, destrezas, capacidades residuales, potencialidades, aptitudes y expectativas ocupacionales, así como sus limitaciones y estrategias implementadas para contrarrestarlas. Al igual que en cualquier otro ámbito del quehacer educativo y formativo de personas con discapacidad.

Con el instrumento que contamos para la valoración de la funcionalidad se basa en diferentes escalas una es la escala de Glasgow que según en estudios de validación se lo ve como predictor de funcionalidad, tradicionalmente se recomienda hacer la valoración al menos 6 meses después del evento inicia ya que en este tiempo las condiciones del enfermo se hayan estabilizado y no produzcan cambios de categoría. Recientemente, se ha estudiado su validez como predictor precoz de funcionalidad. Dentro de los 3 meses iniciales, es un indicador fiable en pacientes sin discapacidad (5) o con discapacidad leve (4) pero no en pacientes con discapacidad severa (3), ya que en estos últimos, es más probable que se produzca un cambio de categoría con el tiempo (Castelo , 2014).

Dentro de la valoración se habla de coordinación, equilibrio, motricidad gruesa y motricidad fina.

#### **2.4.1.1 Motricidad Gruesa**

Es el control que se tiene sobre el propio cuerpo, en especial los movimientos globales y amplios dirigidos a todo el cuerpo, esto se refiere aquellas acciones realizadas con la totalidad del cuerpo, coordinando desplazamientos y movimientos de las diferentes extremidades, equilibrio y todos los sonidos como: caminar, correr, rodar, saltar, girar, expresión corporal, entre otros (La Psicomotricidad en Educacion infanti, marzo 2009).

#### **2.4.1.2 Motricidad fina**

Se corresponde con las actividades que necesitan precisión y un mayor nivel de coordinación, se refiere a movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo dentro de la cual se puede encontrar: coordinación viso-manual, fonética (todo lenguaje oral), motricidad gestual (la mano), motricidad facial (La Psicomotricidad en Educacion infanti, marzo 2009).

#### **2.4.1.3 Coordinación**

La coordinación es una capacidad motriz tan amplia que admite una gran pluralidad de conceptos. Entre diversos autores que han definido la coordinación, se destacan:

- Álvarez del Villar: la coordinación es la capacidad neuromuscular de ajustar con precisión lo querido y pensando de acuerdo con la imagen fijada por la inteligencia motriz a la necesidad del movimiento (Contreras, 1998).
- Torres: Capacidad del organismo para ejecutar una acción motriz controlada, con precisión y eficacia (Torres, 2005).
- Rigal: Ajuste espacio- temporal de las contracciones musculares para generar una acción adaptada a la meta perseguida (Rigal, 2006).

Como se aprecia en si los conceptos se tienen un enlace en común el control que ejerce el Sistema Nervioso Central para regular los actos motores.

#### **Tipos de coordinación:**

- Coordinación Dinámica General: regula los movimientos corporales globales, es la base de las habilidades motrices junto al equilibrio (López & Garó, 2004).
- Coordinación Óculo Segmentaria: implica un ajuste de la vista y el segmento corporal, es el respaldo de las destrezas (López & Garó, 2004).

#### **2.4.1.4 Equilibrio**

El equilibrio se podría definir como el mantenimiento conveniente de la situación de los distintos segmentos del cuerpo y de la globalidad de este en el espacio. Entre otros autores la definen:

- Contreras: Mantenimiento de la postura mediante correcciones que anulen las variaciones de carácter exógeno o endógeno (Contreras, 1998).
- Torres: Habilidad para mantener el cuerpo compensado tanto en posiciones estáticas como dinámicas (Torres, 2005).

### **Tipos de Equilibrio**

- Equilibrio Estático: Proceso perceptivo motor que busca un ajuste de la postura y una información sensorial exteroceptiva y propioceptiva cuando el sujeto imprime una locomoción corporal (Rigal, 2006).
- Equilibrio Dinámico: El centro de gravedad sale de al vertical corporal para realizar un desplazamiento, tras una acción reequilibradora, regresa a las base de sustentación (Rigal, 2006).

En la CIF la para hablar de funcionalidad la relacionamos con la primera parte que se basa Funcionamiento y discapacidad que esta a su vez consta de dos partes:

#### **2.4.1.5. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad**

El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. El

componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, 2011)

#### **2.4.1.6 Funciones Corporales**

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

#### **2.4.1.7. Estructuras corporales**

Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Aunque en la CIDDM de 1980 se hablaba de “órgano”, este concepto no está claro dado que es difícil identificar y definir sus límites e implica la existencia de una entidad o unidad dentro del cuerpo, por estos motivos es por los que en la CIF el término “órgano” se sustituye por el de “estructura corporal”

#### **2.4.1.8. Deficiencia**

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa de la “norma” generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, o una pérdida de dichas funciones o estructuras.

#### **2.4.1.9. Actividad**

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

La dimensión Actividad abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud, desde el aprendizaje básico o la mera observación, hasta otras áreas más complejas tales como las interacciones personales y el empleo.

### **Limitaciones en la actividad**

Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.

El término “limitaciones en la actividad” sustituye al de “discapacidad” utilizado en la versión de 1980 de la CIDDM, ya que en la CIF, como se ha comentado anteriormente el término “discapacidad” ha pasado a ser un término global.

#### **2.4.1.10. Participación**

Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

La dimensión de Participación trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida. La participación denota el grado de implicación de la persona. Esta implicación incluye ideas como las de tomar parte, ser incluido o participar en alguna área de la vida, así como las de ser aceptado, o tener acceso a los recursos necesarios. Esta respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, puede facilitar u obstaculizar la participación de éste en varias áreas. La implicación se refiere por tanto a la experiencia vivida por las personas en el contexto real en el que viven.

## **Restricciones en la participación**

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo (enfermedad, trastorno, daño, etc.).

Una vez entendidos los conceptos de Actividad y Participación podemos analizar su complementariedad. Así, si desde la perspectiva de la Actividad podemos llegar a conocer lo que una persona con una determinada “condición de salud” puede llegar a desarrollar en un ambiente que le resulte facilitador, y desde la perspectiva de la Participación podemos analizar lo que la persona hace en el entorno en el que desarrolla su vida, la diferencia entre ambas nos aporta una valiosa información. Sobre esta diferencia es sobre la que podremos actuar tanto desde el punto de vista de la rehabilitación como para la planificación de políticas, estrategias de intervención etc.

### **2.4.2 Adaptabilidad**

Se puede definir como la capacidad de un individuo para acomodarse a las condiciones de su entorno, la adaptación se produce cuando el individuo se habitúa a múltiples circunstancias y condiciones (Real Academia Española, 2015).

Es habitual que la dependencia surja de una deficiencia en un órgano o un sistema provocado por la presencia de enfermedad (congénita, traumática, inflamatoria, infecciosa, degenerativa) y esta deficiencia a su vez

conduzca a la discapacidad el mismo. Otro concepto de la dependencia dice que es un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene la necesidad de asistencia y o ayudas importantes a fin de realizar actos corrientes de la vida diaria.

#### **2.4.2.1 Tipos de actividades**

- Actividades básicas como: alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, andar
- Actividades instrumentales de la vida diaria: indican la capacidad que tiene el sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad: tareas del hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos.
- Actividades avanzadas de la vida diaria: son marcadores de actos más complejos y en gran parte vocacionales: tareas tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc.

Una de las escalas utilizada para la valoración de la funcionalidad es la Medición de la funcionalidad e independencia (MFI) la cual está diseñada para medir los cambios en el nivel funcional a través del tiempo y los resultados del proceso de rehabilitación utilizando calificadores numéricos que expresan el nivel de dependencia o discapacidad en relación con la cantidad y el tipo de asistencia que requiere el individuo, en si la FMI valora la capacidad funcional considerando el grado de asistencia que requiere el usuario, dos de los cuales califican la no dependencia de ayuda de otra persona, y cinco en los que califica un grado progresivo de asistencia no mide todas las actividades

básicas de la vida diaria, sino las estimadas con las más críticas clasificadas en 6 categorías: cuidado personal, control de esfínteres, traslado, locomoción, comunicación y conocimiento social contiene 18 enunciados en los cuales la asistencia necesaria se mide de 0 dependencia total a 7 independencia completa (Daza Lesmes, 2007).

El índice de Barthel es una medida genérica que valora la independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria. Lo que realiza este índice es asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar ciertas actividades básicas. Entre las actividades de la vida diaria tenemos en esta escala son 10: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, bañarse, desplazarse, subir bajar escaleras, vestirse, desvestirse, control de heces y control de orina. Estas se valoran de forma diferente en un rango 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango gobla 0 completa dependencia y 100 completa independencia (Ruzada & Moreno, marzo 1997).

Según la CIF para hablar de la adaptabilidad la relaciona con la parte 2 del cuadro visión del conjunto de la CIF (Ver Anexo 6) que se refiere a la Actividades y Participación / limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

#### **2.4.2.2 Factores contextuales**

Los Factores Contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona.

#### **2.4.2.3 Factores Ambientales**

Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos e interactúan con los componentes “Funciones y Estructuras Corporales” y “Actividades y Participación”, de manera que pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, 2011):

- Individual: incluye las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.
- Social: incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Debido a esta interacción, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en una persona con una determinada condición de salud. Así, un entorno con barreras, o sin facilitadores (ej. edificios inaccesibles), restringirá el desempeño/realización de la persona; mientras que otros entornos más facilitadores puede incrementarlo (rampas en los edificios).

#### **2.4.2.4. Facilitadores**

Son aquellos factores contextuales ambientales en el entorno de una persona que pueden mejorar su funcionamiento.

#### **2.4.2.5. Barreras**

Este se encuentra en los factores contextuales ambientales, lo que hace es limitar el funcionamiento y generar discapacidad, por lo que su influencia es negativa.

#### **2.4.2.6 Factores Personales**

Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los

patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características (Organización Mundial de la Salud, 2011).

#### **2.4.2.7 Órtesis, Prótesis y Ayudas Técnicas**

Cuando el paciente tiene una alteración en su capacidad de adaptación al medio debido al mal funcionamiento de alguna de sus estructuras, este puede ser uso de una órtesis y ayuda técnica según el caso lo merezca

##### **2.4.2.7.1 Órtesis**

Una órtesis es cualquier dispositivo aplicado externamente a una porción del cuerpo existente para mejorar su función, ayudando a estabilizar segmentos o articulaciones débiles o paralizadas, limitar o aumentar el movimiento en las articulaciones, controlar movimientos anormales o espásticos, y descargar segmentos distales (John, John , & John , 2009).

Una vez que el paciente cuente con la órtesis adecuada según su caso el fisioterapeuta es quien va ayudar a la reeducación del paciente para un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria,

##### **2.4.2.7.2 Prótesis**

Es un elemento artificial que se integra en el cuerpo con la finalidad de reemplazar un órgano o una extremidad que por algún motivo falta, el objetivo es que la prótesis cumpla una función similar a la que desarrollaba, o debería desarrollar el órgano o extremidad que esté ausente (John, John , & John , 2009). Se puede distinguir dos tipos de prótesis

- Prótesis quirúrgicas fijas
- Prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas)

#### **2.4.2.7.3. Ayudas técnicas**

Las ayudas técnicas son cualquier objeto, equipo o producto utilizado para aumentar, mantener o mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, promoviendo la independencia en todos los aspectos de la vida diarias de las personas.

El grado de discapacidad, el entorno social del individuo y, en algunos casos, la capacidad y habilidad de este para el aprendizaje y el adiestramiento serán elementos fundamentales a la hora para la determinación de la ayuda técnica adecuada para cada persona (Pérez Bueno, 2005).

Existen diferentes clasificaciones de las ayudas técnicas según a ala Norma UNE-EN ISO 9999 (Pérez Bueno, 2005):

- Ayudas para el tratamiento y el entrenamiento.
- Órtesis y exoprótesis.

- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para la movilidad personal.
- Ayudas para las tareas domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para la manipulación de productos y mercancías.
- Ayudas y equipamiento para la mejora del entorno. Herramientas y máquinas.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.

## **2.5 Marco Legal y Jurídico**

### **2.5.1 Constitución del Ecuador** (Constitución de la República del Ecuador , 2009)

#### **Título II**

#### **Derechos**

#### **Capítulo Primero Principios De Aplicación De Los Derechos**

**Artículo 10.-** Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales. La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

**Artículo 11.-** El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

## **Sección Séptima**

### **Salud**

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

## **Capítulo Tercero**

### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

#### **Sección Sexta**

#### **Personas Con Discapacidad**

**Artículo 47.-** El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará 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 de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.

11. 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.

**Artículo 48.-** El Estado adoptará 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.

3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.

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.

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará 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.

**Artículo 49.-** 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.

## **Capítulo cuarto**

### **Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades**

2 .No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural.

## **Título VII**

## **Régimen del buen vivir**

### **Capítulo primero inclusión y equidad**

**Artículo 340.-** El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo. El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación. El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte.

**Artículo 341.-** El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad. La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social. El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el

ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

**Artículo 342.-** El Estado asignará, de manera prioritaria y equitativa, los recursos suficientes, oportunos y permanentes para el funcionamiento y gestión del sistema.

## **Sección segunda**

### **Salud**

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

**Artículo 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Artículo 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto

articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

**Artículo 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Artículo 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

## **2.5.2 Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (DESARROLLO, 2009-2013)**

### **Objetivo 1**

Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad

Estamos comprometidos en superar las condiciones de desigualdad y exclusión, con una adecuada distribución de la riqueza sin discriminación de sexo, etnia, nivel social, religión, orientación sexual ni lugar de origen. Queremos construir un porvenir compartido sostenible con todas y todos los ecuatorianos. Queremos lograr el buen vivir.

## **Objetivo 2**

Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía

Trabajamos por el desarrollo de los y las ciudadanas, fortaleciendo sus capacidades y potencialidades a través del incentivo a sus sentimientos, imaginación, pensamientos, emociones y conocimientos.

## **Objetivo 3**

Mejorar la calidad de vida de la población

Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos.

## **Objetivo 6**

Garantizar el trabajo estable, justo y digno, en su diversidad de formas

Garantizamos la estabilidad, protección, promoción y dignificación de las y los trabajadores, sin excepciones, para consolidar sus derechos sociales y económicos como fundamento de nuestra sociedad.

### **Objetivo 8**

Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad

Unidos en la diversidad, somos un país plurinacional e intercultural que garantiza los derechos de las personas y colectividades sin discriminación alguna. Valoramos nuestra diversidad como una fuente inagotable de riqueza creativa y transformadora.

### **Objetivo 9**

Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia

Garantizamos a todas las personas el respeto a los derechos humanos y el acceso a la justicia. Queremos una igualdad entre hombres y mujeres que proteja, en forma integral, a niñas, niños y adolescentes. Promovemos una justicia social, solidaria, imparcial, democrática, intergeneracional y transnacional.

### **Objetivo 10**

Garantizar el acceso a la participación pública y política

Construimos una democracia en la cual todas y todos nos involucremos y participemos activa y responsablemente en los procesos públicos, políticos y económicos del país. Buscamos el fortalecimiento de las organizaciones, comunidades, pueblos y nacionalidades, para ejercer nuestros derechos y deberes ciudadanos.

## **CAPITULO III**

### **3 METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

Al realizar un estudio de esta índole, y para abarcar todo el contexto se debe aplicar los distintos tipo de investigación existente, a continuación se detalla puntualmente los parámetros que se cubrieron basados en los tipos de investigación, que son: Cualitativa, Cuantitativa, Descriptiva, Correlacional.

Es de tipo cualitativa por que interpreta el fenómeno o problema de estudio, la utilizamos para interpretar la vida de las personas. Además es de tipo cuantitativa ya que describe la expresión de las cualidades en cantidad, la utilizamos para expresar los resultados obtenidos usando valores establecidos.

Tomando en cuenta que el estudio se lo realiza esperando encontrar una realidad, basada en datos y evaluaciones a personas de las comunidades en estudio, que al tener algún tipo de discapacidad presentan problemas de adaptabilidad y funcionalidad, esto hace que el trabajo tenga un carácter descriptivo, puesto que da a conocer una realidad tal cual se presenta.

Correlacional, es el tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables (Heinemann, 2013).

### **3.2 Diseño de la Investigación**

Podemos afirmar que el diseño de la investigación, es No Experimental, a causa de que no se puede manipular las variables independientes y tomado en cuenta que la investigación se la realizó directamente en las comunidades tal como ocurre en el momento para poder analizarlos y emitir los resultados. En lo concerniente al diseño por el periodo de tiempo que se lo realizó, es de corte transversal, porque todo el proceso de la aplicación del instrumento de evaluación se lo realizó en un determinado tiempo.

### **3.3 Población de Estudio**

Para el desarrollo del estudio se consideran los datos obtenidos de un estudio realizado en una primera etapa: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad en las diferentes comunidades de Otavalo 2014, por su parte la población está conformada por 10 personas con discapacidad física de las

comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura en el Periodo 2014.

### **3.4 Identificación de Variables**

**Variable Independiente:** Discapacidad Física

**Variable dependiente:** Funcionalidad y Adaptabilidad

### 3.5 Operacionalización de Variables

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Discapacidad Física</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<p>Es una alteración en las funciones neuromusculares esqueléticas y o estructurales del sistema nervioso y relacionadas al movimiento, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades de movilidad</p> <p>(Fernandez, 2006)</p>	<p>Grado de discapacidad Física</p>	<p>Leve Moderado Severo</p>	<p>Entrevistas Encuestas Observación</p>

<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Funcionalidad</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Capacidad que tiene un individuo para la ejecución de diversas actividades.	Motricidad Gruesa Motricidad Fina Equilibrio estático y dinámico Coordinación	Totalmente Funcional Pérdida Leve Pérdida Moderada Pérdida Grave Pérdida Severa	Entrevistas Encuestas Observación

<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Adaptabilidad</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Capacidad de un individuo para acomodarse a las condiciones de su entorno.	Adaptación al entorno Dependencia del paciente	Totalmente Adaptable Pérdida Leve Pérdida Moderada Pérdida Grave Pérdida Severa	Entrevistas Encuestas Observación

### **3.6 Métodos y Técnicas**

El método utilizado para la realización del estudio es el Inductivo, puesto que cuando lo que se estudia se presenta por medio de casos particulares, hasta llegar al principio general que lo rige, va de lo particular a lo general, ya que una vez evaluados los pacientes, el resultado obtenido se puede generalizar porque se refiere al mismo tema. Y el método Deductivo consiste en inferir proposiciones universales o más generales hasta llegar a hechos particulares, va de lo general a lo particular, partiendo del tema general que es Discapacidad física llegamos a analizar 10 casos en las comunidades en estudio. También se puede incluir al método analítico, en el cual por medio del análisis se estudió los hechos para determinar su importancia para realizar el análisis de los resultados y para emitir conclusiones se utilizara el método Sintético.

#### **3.6.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Las técnicas e instrumentos utilizados para la realización en este trabajo fueron:

- Entrevistas, un proceso comunicativo en el cual existe la interacción del al menos un sujeto y un entrevistador e intenta recuperar la idea (Ferreira da Silva, 2006), este método se utilizó para la aplicación del instrumentó de valoración.
- Encuestas, Es una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea

obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados (Díaz de Rada, 2001). La encuesta fue aplicada a las personas con discapacidad de las comunidades en estudio.

- La observación es la captación previamente planeada y el registro controlado de datos con una determinada finalidad para la investigación, mediante la percepción visual o acústica de un acontecimiento. (Heinemann, 2013). Este método fue muy necesario al determinar una respuesta a las instrucciones que se le pidió que lo realice a cada persona.
- Además acorde a los avances de la tecnología y sin dejar de lado las técnicas e instrumentos de recolección de datos, se aplicó una encuesta digital a cada paciente mediante el programa ODK Collect (Open Data Kit) y para nuestra ayuda para la tabulación de resultados requerimos de Microsoft Excel y Microsoft Word para la elaboración de la tesis.

### **3.6.2 Estrategias**

En primera instancia se identificaron las comunidades; Gualabí, Cochaloma y Casco Valenzuela, gracias a un primer estudio que se realizó llamado: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad en las diferentes comunidades de Otavalo 2014, que forma la primera etapa del macro proyecto promovido por la carrera de Terapia Física, mediante el cual fueron identificadas las personas con discapacidad de cada comunidad.

Luego se elaboró una encuesta digital, gracias al programa ODK Collect (Open Data Kit) se efectuó la encuesta a las personas con discapacidad de las comunidades en estudio, esto se llevó a cabo gracias a una capacitación realizada por los dirigentes del macro proyecto.

Una vez recolectada la información se procede a introducir en la hoja de cálculo de Excel, donde se realiza la ponderación, aquí se obtuvo los puntajes de funcionalidad y adaptabilidad de cada persona con discapacidad.

### **3.7 Validez Y Confiabilidad**

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

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

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

#### 4.1 Análisis De Resultados

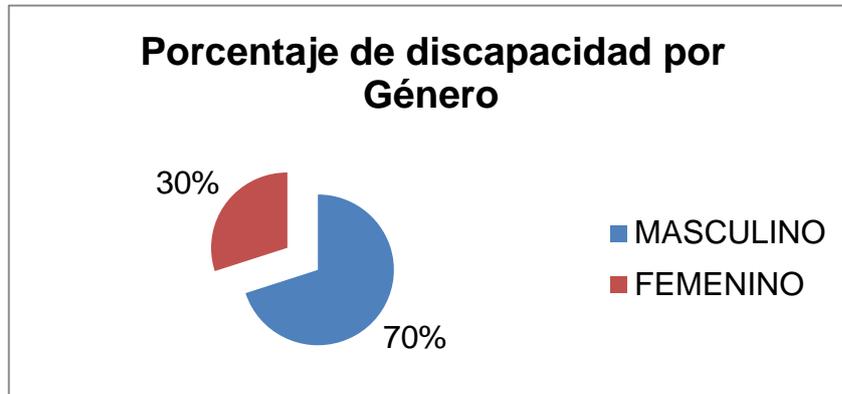
A continuación se presenta los resultados obtenidos al aplicar el instrumento de valoración (encuesta), los cuales, permitieron diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física en las comunidades: Gualabí, Cochaloma y Casco Valenzuela, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014

#### 4.1.2. Discapacidad por género

Tabla 1

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR GÉNERO	
GENERO	CANTIDAD DE PACIENTES
MASCULINO	7
FEMENINO	3

Gráfico 1



**Análisis:**

Se puede informar que de las 10 personas que fueron realizadas las encuestas el porcentaje de discapacidad según el género es en un 70% masculino siendo esto la mayoría y en un 30% femenino siendo este la minoría por lo que se afirma que en el género masculino predomina la discapacidad.

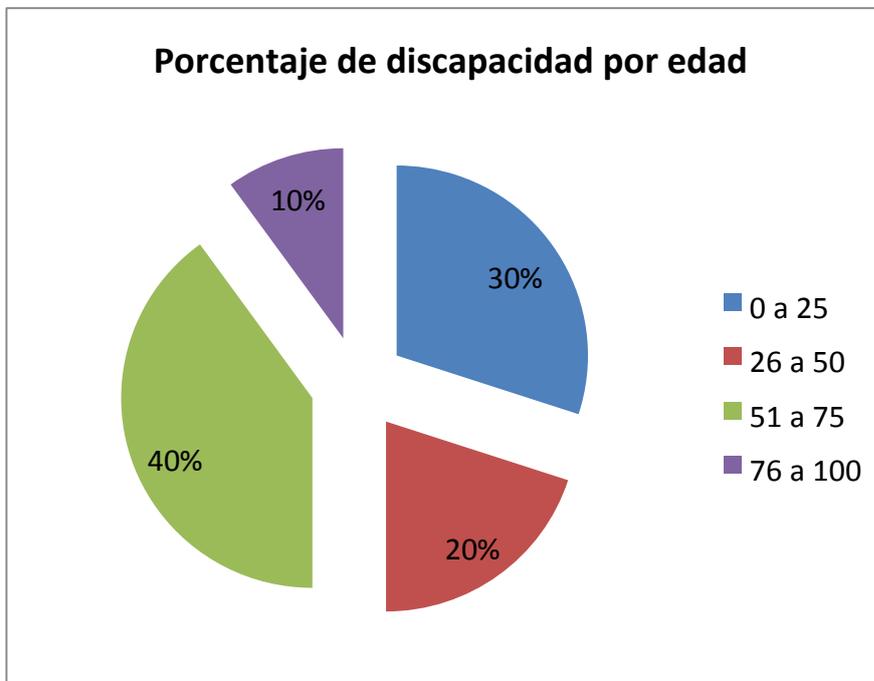
**4.1.3. Discapacidad por edad**

Tabla 2

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR EDAD	
RANGOS DE EDAD	CANTIDAD DE PACIENTES
0 a 25 años	3
26 a 50 años	2
51 a 75 años	4

76 a 100 años	1
---------------	---

Gráfico 2



**Análisis:**

Es evidente que el mayor porcentaje de personas con discapacidad según la edad es el 40% esto entre los rangos de 51 a 75 años y el menor porcentaje es de 10 % esto entre los rangos de 76 a 100 años por lo que se puede afirmar que la discapacidad predomina en personas mayores de 50 años.

#### 4.1.1. Resultados de adaptabilidad y funcionalidad

Paciente 1

Tabla 3

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 23	3	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
NO LO HACE 10		

Tabla 4

ADPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 3	2	Perdida grave de la adaptabilidad: Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
ENTORNO 1.5		
TOTAL 4.5		

Paciente 2

Tabla 5

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 10	2	Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional grave de la motricidad gruesa y severa de motricidad fina
NO LO HACE 23		

Tabla 6

ADPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 1	2	Perdida grave de la adaptabilidad: Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
ENTORNO 2		
TOTAL 3		

Paciente 3

Tabla 7

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 28	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad: Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
NO LO HACE 5		

Tabla 8

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 8	3	Perdida moderada de la adaptabilidad: Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
ENTORNO 4		
TOTAL 12		

Paciente 4

Tabla 9

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 30	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad: Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
NO LO HACE 3		

Tabla 10

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 9	4	Perdida leve de la adaptabilidad: Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno
ENTORNO 6		
TOTAL 15		

Paciente 5

Tabla 11

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 26	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad: Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
NO LO HACE 7		

Tabla 12

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 6	3	Pérdida moderada de la adaptabilidad: Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
ENTORNO 2		
TOTAL 8		

Paciente 6

Tabla 13

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 25	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad: Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
NO LO HACE 8		

Tabla 14

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 3	3	Perdida moderada de la adaptabilidad: Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
ENTORNO 6		
TOTAL 9		

Paciente 7

Tabla 15

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 24	3	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
NO LO HACE 9		

Tabla 16

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 3	2	Perdida grave de la adaptabilidad: Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
ENTORNO 2		
TOTAL 5		

Paciente 8

Tabla 17

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 31	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad: Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
NO LO HACE 2		

Tabla 18

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 4	3	Pérdida moderada de la adaptabilidad: Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno
ENTORNO 7		
TOTAL 11		

**Paciente 9****Tabla 19**

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 21	3	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
NO LO HACE 12		

**Tabla 20**

ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 0	2	Pérdida grave de la adaptabilidad: Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
ENTORNO 4		
TOTAL 4		

**Paciente 10**  
**Tabla 21**

FUNCIONALIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
SI LO HACE 23	3	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
NO LO HACE 10		

**Tabla 22**

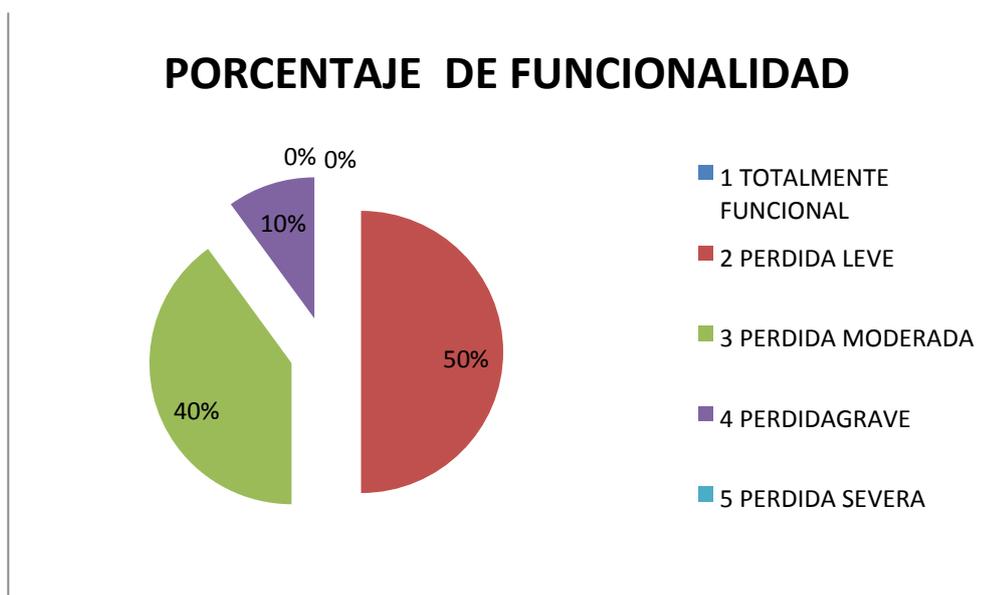
ADAPTABILIDAD		
RESULTADO DEL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
DEPENDENCIA 2	2	Perdida grave de la adaptabilidad: Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno
ENTORNO 2		
TOTAL 4		

#### 4.1.4. Porcentaje general de funcionalidad

Tabla 23

PORCENTAJE DE FUNCIONALIDAD	
PUNTAJE DE FUNCIONLIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES
1 TOTALMENTE FUNCIONAL	0
2 PERDIDA LEVE	5
3 PERDIDA MODERADA	4
4 PERDIDAGRAVE	1
5 PERDIDA SEVERA	0

Gráfico 3



#### Análisis:

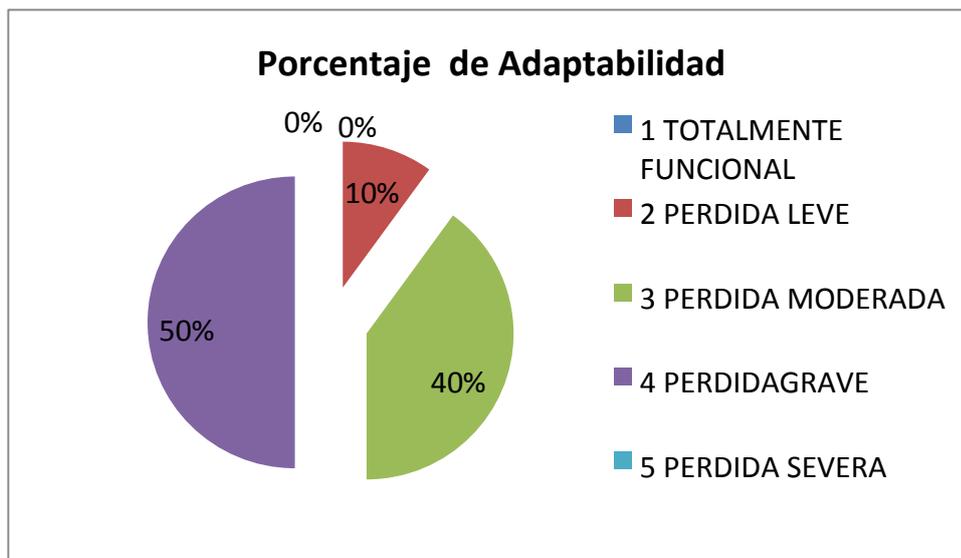
Respecto a los al porcentaje de funcionalidad se puede observar en un 50% las personas presentan pérdida leve de la funcionalidad y en un 40% las personas presentan una pérdida moderada de la funcionalidad y 10% de las presentan perdida grave de la funcionalidad por lo que se puede afirmar que la mayoría presentan una perdida leve de la funcionalidad.

#### 4.1.5. Porcentaje general de adaptabilidad

Tabla 24

PORCENTAJE DE ADAPTABILIDAD	
PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES
1 TOTALMENTE ADAPTABLE	0
2 PERDIDA LEVE	1
3 PERDIDA MODERADA	4
4 PERDIDAGRAVE	5
5 PERDIDA SEVERA	0

GRÁFICO 4



#### Análisis:

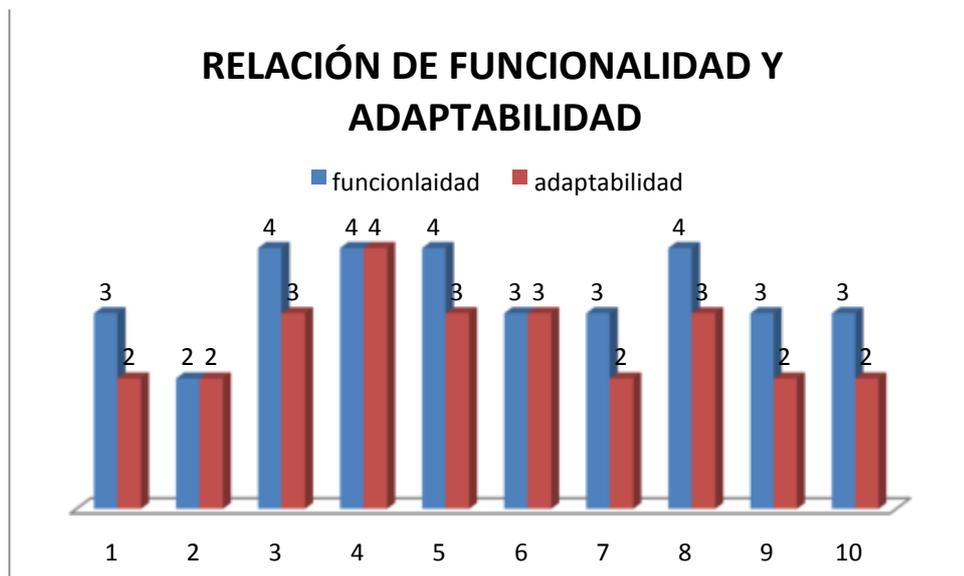
Se puede informar con respecto a la adaptabilidad que en un 50% las personas presentan pérdida grave de adaptabilidad, en un 40% las personas presentan pérdida moderada de adaptabilidad y en un 10% las personas presentan una pérdida leve de la adaptabilidad por lo que se puede afirmar que la mayoría tiene una pérdida grave de adaptabilidad

#### 4.1.6. Relación de funcionalidad y adaptabilidad

Tabla 25

RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD		
PACIENTES	FUNCIONALIDAD	ADAPTABILIDAD
1	3	2
2	2	2
3	4	3
4	4	4
5	4	3
6	4	3
7	3	2
8	4	3
9	3	2
10	3	2

Gráfico 5



**Análisis:** Después de obtener los datos individuales de adaptabilidad y funcionalidad de cada paciente se puede observar que el nivel de adaptabilidad es directamente proporcional a la funcionalidad

## 4.2 Discusión de Resultados

Durante el desarrollo de la tesis, se realizó un estudio del diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de las Comunidades: Gualabí, Cochaloma, Casco Valenzuela del Cantón Otavalo, en Provincia de Imbabura, después del análisis e interpretación de los resultados con respecto la funcionalidad, la mayoría en un 50% de pacientes obtuvieron un puntaje de 4 pérdida Leve de la funcionalidad y en el otro 40% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 3 pérdida moderada de la funcionalidad y un 10% presentan pérdida grave de la funcionalidad.

Y en lo que se refiere la adaptabilidad en un 50% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 2 pérdida grave de la adaptabilidad y en un 40% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 3 según la tabla de adaptabilidad, pérdida moderada de la adaptabilidad y por último en un 10% de los pacientes obtuvieron un puntaje de 2, pérdida leve de la adaptabilidad, hasta el momento no existen un estudio específico donde se enfoque en el diagnóstico de la funcionalidad y adaptabilidad para hacer una comparación exacta de los resultados referentes a esto.

Como se lo indica en un estudio realizado según la Organización Panamericana de Salud que solo se ha realizado estudios generales donde nos indica que en Ecuador en el año 2005, la prevalencia nacional de discapacidad, usando algunos elementos conceptuales de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad) y la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y

Minusvalías), fue de 12,1%; donde el 50,3% eran de sexo femenino y las edades más afectadas estuvieron entre 20 a 64 años (51% del total).

En la encuesta, el 80% de los participantes señaló que la causa de discapacidad estaba relacionada con sus condiciones de salud; el resto se debía a accidentes y otras causas; 56% de las personas con discapacidad no trabajaban, y las principales limitaciones detectadas fueron de movilidad, aprendizaje, comunicación e interacción con los demás.

Según un estudio realizado por Eva María Mera Intriago de Salud, Discapacidad y Funcionalidad de las personas mayores en Ecuador, 2012, nos dice según el censo realizado nos indica que la discapacidad según la edad y sexo el porcentaje de mujeres es 50,4% y hombres el restante 49,6%; de ellos las personas de sesenta o más años, a los que denominaremos adultos mayores. Con lo que no concuerda los resultados del trabajo a lo que se refiere discapacidad por genero ya que de los pacientes que fueron realizados las encuestas en un 70% son masculino y en un 30% femenino por lo que se afirma que en el género masculino predomina la discapacidad en las comunidades en estudio.

Pero según discapacidad por edad los datos si concuerdan con el estudio realizado ya que los resultados que se obtuvieron de las encuestas realizadas a los pacientes el mayor porcentaje de personas con discapacidad según la edad es el 40% esto entre los rangos de 51 a 75 años y el menor porcentaje es de 10 % esto entre los rangos de 76 a 100 años por lo que se puede afirmar que la discapacidad predomina en personas mayores de 50 años siendo esto personas de la tercera edad.

### 4.3 RESPUESTA A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- **¿Cuál es el género y edad del grupo de personas con discapacidad?**

La población de las comunidades en estudio se encuentran entre las edades de 13 a 82 años en un 30% están entre los rangos de 0 a 25 años, el 20% entre los rangos de 26 a 50 años, el 40% se encuentran entre los rangos de 51 a 75 años y un 10% están entre los rangos 76 a 100 años, en cuanto al género el 70% es masculino y el 30% restante es femenino.

- **¿Cómo es el nivel de adaptabilidad y funcionalidad de las personas con discapacidad física de las comunidades en estudio?**

Después de haber aplicado el instrumento de valoración, los resultados obtenidos fueron procesados realizando una ponderación lo cual dio los valores de adaptabilidad y funcionalidad de cada paciente:

- Paciente 1: Pérdida grave de la adaptabilidad, Pérdida moderada de la Funcionalidad.
- Paciente 2: Pérdida grave de la adaptabilidad, pérdida grave de la funcionalidad.
- Paciente 3: Pérdida moderada de la adaptabilidad, pérdida leve de la funcionalidad.
- Paciente 4: Perdida leve de la adaptabilidad, pérdida leve de la funcionalidad.

- Paciente 5: Pérdida moderada de la adaptabilidad, pérdida leve de la funcionalidad.
- Paciente 6: Pérdida moderada de la adaptabilidad, pérdida leve de la funcionalidad.
- Paciente 7: Pérdida grave de la adaptabilidad, pérdida moderada de la funcionalidad.
- Paciente 8: Pérdida moderada de la adaptabilidad, pérdida leve de la funcionalidad.
- Paciente 9: Pérdida grave de la adaptabilidad, pérdida moderada de la funcionalidad.
- Paciente 10: Pérdida grave de la adaptabilidad, pérdida moderada de la funcionalidad.

➤ **¿Qué relación existe entre el nivel de funcionalidad y adaptabilidad del grupo de pacientes con discapacidad física?**

Después de haber obtenido los resultados de funcionalidad y adaptabilidad y haber realizado la tabulación de los mismos se obtuvo: con respecto a la funcionalidad en un 50% de la población en estudio ha obtenido un puntaje de 4 siendo esta Pérdida leve de la funcionalidad, en lo que es adaptabilidad el 50% de la población obtuvo un puntaje de 2 siendo esta pérdida grave de la adaptabilidad, por lo que se deduce que el nivel de adaptabilidad es directamente proporcional a al nivel de funcionalidad.

#### **4.4 Conclusiones**

- La discapacidad física afecta más a los hombres, en las comunidades de Cochaloma, Casco Valenzuela y Gualaví.
- Luego de efectuado el análisis de la información obtenida en la aplicación del instrumento de valoración y evaluado los resultados se concluye que el nivel de adaptabilidad es directamente proporcional al nivel de funcionalidad en las comunidades Cochaloma, Casco Valenzuela y Gualaví.
- Se puede concluir que la mayoría de personas con discapacidad física de las diferentes comunidades son personas de la tercera edad.
- Es muy importante aplicar el diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad cuando se trata de discapacidad, ya que esto nos hace ver de una forma diferente a las personas.

#### **4.5 Recomendaciones**

- Crear protocolos de rehabilitación física para las personas que presentan discapacidad en las zonas rurales del cantón de Otavalo con énfasis en las comunidades de Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma.
- Ayudar con capacitaciones de sensibilización, manejo y cuidados a las personas con discapacidad y a los familiares de cómo tratar o ayudar a los mismos para mejorar en el desempeño de sus actividades de la vida diaria.
- Entregar esta información a las autoridades que puedan ayudar a las personas, en la información de que forma pueden acceder a un carnet de discapacidad.

- Realizar un seguimiento del avance de cada persona con discapacidad física de las diferentes comunidades en estudio.
- Capacitar a los profesionales de terapia física y servicios de salud, como facilitadores que ayudan a la ampliación de conocimientos sobre la funcionalidad y adaptabilidad en personas con discapacidad física.

## Bibliografía

- El derecho a la vida normal: Ayuda internacional en la rehabilitación de personas con defectos físicos. (marzo 1956). *Revista de las Naciones Unidas.*, 27.
- Ayala, H., & Mateos, L. (2010). Cuando las deficiencias se convierten en discapacidad. *Prisma Social*.
- Brules Norelly-, s., & Vasco Carlos, e. (s.f.). representaciones sociales y Discapacidad. *hologramatica* , 3-23.
- C, C. (1 de noviembre del 2004). sobre el concepto de discapacidad una revisión de las propuestas de a OMS. *revista electronica de audiolología* , 74-75.
- Castelo , L. (2014). *Escala de coma de Glasgow*. tomado de:  
<http://www.meiga.info/Escalas/Glasgow.pdf>.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento de las Discapacidad y la Salud*. (2011) IMSERSCO.
- Coldefors, Jose. (s.f.). *Valoración de la dependencia niveles.2010*.
- CONADIS. (Septiembre, 2014). *Registro Nacional de Discapacidad*. Quito.
- Constitución de la República del Ecuador* , (2009). obtenida de  
[http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)

- Contreras, O. (1998). *Didáctica de la Educación Física, Un enfoque Constructivista*. Barcelona: Inde.
- Curso intervención marginación. (2010). España:  
<http://cursointervencionmarginacion.jimdo.com/deficienciadiscapacidad-minusvalias/>.
- Daza Lesmes, J. (2007). *Evaluación Clínico-Funcional el Movimiento Corporal Humano*. bogota: Panamericana.
- Díaz de Rada, V. (2001). *Diseño y elaboración de cuestionarios*. Madrid: ESIC.
- Díaz, A. A. (1993). *Historias de las Deficiencias*. Colección Tesis y Praxis.
- Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo*. Quito- Ecuador. (2013).
- Evolución Histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad*. Illes Balears, (2015). obtenido de:  
[http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di\\_nasso/Evolucion-Historicade-los-Modelos-en-los-que-se.cid220440](http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Evolucion-Historicade-los-Modelos-en-los-que-se.cid220440): imsero.
- Fernández, J. L. (2006). *Guía De Estilo Sobre Discapacidad Para Profesionales De Los Medios De Comunicación*. Polibeal.
- Ferreira da Silva, M. F. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Servei.
- Heinemann, K. (2013). *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias*. Alemania: Paidotribo.

Hernandez. *Concepto sobre las Discapacidad, evolución y tratamiento.*

Hernandez, G. (2001). *Antropología de la Discapacidad y la Dependencia de la discapacidad.* Madrid.

INEN. (2013). *Instituto Nacional De Estadísticas y Censos.*

Juarez, A., Holguin , E., & Salamanca, A. (2006). *Perspectiva Histórica sobre las Discapacidad.* Mexico: redalyc.

*La Psicomotricidad en Educación infanti.* (Marzo 2009)

Lake, A. (2011). *La adolescencia la época de oportunidades.* Estados Unidos: UNICEF.

*Ley Organica de la Discapacidad.* Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (Septiembre 2012)

Lesmes, J. D. (2007). *Evaluación clinico-funcional el movimiento corporal humano.* bogota: panamericana.

López, C., & Garó, L. (2004). *Evaluación de las Capacidades coordinativas.* Barcelona: Graó.

Luciana, R. (2009). *Evolución de la lengua y terminología para dirigirse a personas con discapacidad.* Venezuela: monografias.

María Begoña Fernández Castaño, R. C. (2012). *Temario Oposiciones / Bolsa de Trabajo (ayuntamientos) Técnico en Educación Infantil.* España: paraninfo.

ONU. (s.f.). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*.

*Organización Mundial de la Salud*. Malta. (2011).

*Real Academia Española*. (2015).

Rigal, R. (2006). *Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria*. Barcelona: INDE.

Ruzada, J., & Moreno, J. (marzo 1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Esp Salud Pública*, 127-137.

Stang, M. F. (2011). *Las personas con discapacidad: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real*. Santiago de Chile: Celade.

Torres, M. (2005). *Enciclopedia de la Educación Física y el Deporte*. Barcelona: Serbal.

Valencia, L. A. (2014). *Breve historia de las personas con Discapacidad*. Argentina.

Victor, I. C. (2001). Una conciencia histórica y la discapacidad. *Revista trabajo Social Nueva Epoca*, 77.

Villacis, B. (2011). *pobresa y desigualdad en Ecuador*. cuenca: INEC  
[http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=473%3Ala-pobreza-en-ecuador-bajo-48-](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=473%3Ala-pobreza-en-ecuador-bajo-48-).

## Anexos

### Anexo 1

#### Fotografía 1 Encuesta a paciente numero 10



### Anexo 2

#### Fotografía 2 Encuesta paciente 8



**Anexo 3**

**Fotografía 3 encuesta a paciente 9**



## Anexo 4

### Cuadro de funcionalidad

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
33	5	Totalmente Funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad
25-32	4	Pérdida Leve de la Funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación
17-24	3	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
8-16	2	Pérdida Grave de la Funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional grave de la motricidad gruesa y severa de motricidad fina
0-7	1	Pérdida Severa de la Funcionalidad Limitación Funcional Severa de equilibrio y coordinación, limitación funcional severa de motricidad gruesa y severa de motricidad fina.

## ANEXO 5

### CUADRO DE ADAPTABILIDAD

DEPENDENCIA		ENTORNO			RESULTADO DE ADAPTABILIDAD	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD
PREGUNTAS 35, 37-47		PREGUNTA 36, 48-52	VALOR	RESULTADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE	5
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI=0.5	6 Entorno Totalmente adecuado	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD	
		¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales?	SI=2	5 Inadecuación leve del entorno		
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente?	SI=2	4 Inadecuación moderada del entorno	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD	3
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 Inadecuación grave del entorno		
				2 Inadecuación severa del entorno	3-7	
	12			1 Inadecuación total del entorno		

<b>1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA</b>				PACIENTE 6	GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con  dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
<b>0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL</b>		¿Usted se considera una persona con discapacidad ?	SI= 0.5		0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
<b>TOTAL</b>	12	6			18	

		¿Usted utiliza pañal?	NO=0 .5	RESULTADO DEL	PERDIDA	
--	--	--------------------------	------------	---------------	---------	--

## Anexo 6

### Vision de conjunto de la CIF

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ obstáculos	no aplicable

## **Anexo 7**

### **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA, EN LA PROVINCIA DE IMBABURA, CANTÓN OTAVALO, EN EL PERIODO 2014.**

#### **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE TERAPIA FÍSICA**

##### **Datos Personales**

- Nombre
- Cedula
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Usted es  Mestizo  Negro  Blanco  Indígena
- Genero  Masculino  Femenino
- Posee carnet del conadis  Si  No
  
- Numero de carnet del conadis
- Tipo de discapacidad
- Porcentaje de discapacidad
- Dirección de su domicilio
- Referencia domiciliaria
- Número telefónico
- Provincia
- Cantón
- Parroquia
- Comunidad

##### **Evaluación de motricidad fina**

##### **Evaluación 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 la mano izquierda?

- 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 rolillas sobre el suelo como un gatito?

(6y7 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 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 tiene
- No tiene
- No responde
- No sabe

### **Evaluación de motricidad fina**

24. ¿Por favor, pinte el grafico?

- Si lo hace
- No lo hace
- Lo hace con dificultad
- No responde

25. ¿Por favor, una los puntos?

- Si lo hace
- No lo hace
- Lo hace con dificultad
- No responde

26. ¿Por favor, 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 indicarme 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 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 personal, etc.?

¿Si es el caso indique cuál o cuáles?

- Si es el caso indique cual

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 médico, ir al baño, 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 o quienes lo maltrata en el hogar (solo si respondió si la pregunta anterior)

- Familiares directos
- Familiares indirectos
- 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 7**



**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:.....