



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

TEMA:

**DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL
JORDÁN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE
IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016.**

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

AUTORES:

Javier Alejandro Torres Segovia

Andrés Fabián Cando Almeida

DIRECTORA DE TESIS:

Lcda. Verónica Potosí Moya

IBARRA - ECUADOR

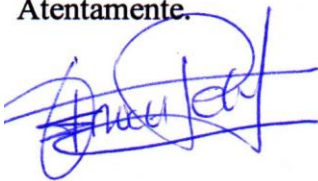
2016

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Lcda. Verónica Potosí con cedula de ciudadanía 1715821813 en calidad de directora de la tesis titulada:”, DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL JORDAN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016. de autoría de Andrés Cando, Javier Torres, 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 06 días del mes de Octubre del 2016.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Verónica Potosí', written over a set of horizontal lines.

Firma:

Lic. Verónica Johanna Potosí Moya.

CI: 1715821813



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1003663299
APELLIDOS Y NOMBRES:	CANDO ALMEIDA ANDRES FABIAN
DIRECCIÓN:	SAN ANTONIO
EMAIL:	Andyfa20@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0984155544

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1717741183
APELLIDOS Y NOMBRES:	TORRES SEGOVIA JAVIER ALEJANDRO
DIRECCIÓN:	MONJAS JARDIN DEL VALLE (QUITO)
EMAIL:	Javieralejandros_89@hotmail.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2609908 0998627534
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL JORDAN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016.
AUTORES:	ANDRES CANDO JAVIER TORRES
FECHA:	2016/10/06

TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física
DIRECTOR DE TESIS:	Lcda. Verónica Potosí

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, ANDRES CANDO con cedula de identidad 1003663299 y JAVIER TORRES con cedula de identidad 1717741183 en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.


3. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 06 días del mes de Octubre del 2016.

LOS AUTORES:

Firma 
 Cando Almeida Andrés Fabián
 C.C: 1003663299

Firma 
 Torres Segovia Javier Alejandro
 C.C. 1717741183

Facultado por resolución de Consejo Universitario





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

Yo, CANDO ALMEIDA ANDRES FABIAN con cedula de identidad Nro. 1003663299 Y TORRES SEGOVIA JAVIER ALEJANDRO con cedula de identidad Nro. 1717741183 , expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado: **DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL JORDAN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016.**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciados en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 06 días del mes de Octubre del 2016.

LOS AUTORES:

Firma 
Cando Almeida Andrés Fabián
C.C: 1003663299

Firma 
Torres Segovia Javier Alejandro
C.C. 1717741183

DEDICATORIA

Quiero empezar agradeciendo a dios por darme la salud y fuerza para poder llegar a lograr mis metas impuestas a lo largo de mi vida, a mi padre que aunque ya no se encuentre hoy aquí a mi lado sé que me estará mirando desde el cielo orgulloso, a mi madre que siempre estuvo a mi lado apoyándome dándome fuerzas para seguir luchando a sus consejos y al tiempo que dedico a enseñarme como ser una persona de bien quiero que se sienta orgullosa porque gracias a ella soy hoy un profesional, a mi hermana barbarita que fue mi inspiración cada día para luchar y lograr hoy obtener este título.

A mis familiares y personas que están a mi lado muchas gracias por su apoyo y palabras de inspiración que Dios los bendiga a todos

Andrés

Primeramente, agradezco a mi Dios quien me ha sabido dar la fortaleza para seguir adelante y conseguir mi sueño tan anhelado.

Agradezco a mi mamita Glorita que ha sido mi apoyo incondicional en todo momento ya que sin ella yo no sería nada porque día a día me daba sus bendiciones y me deseaba lo mejor en la universidad.

Agradezco a mi primo July quien me supo inspirar esta carrera.

Dedico a mi novia que apoyo en cada momento

Dedico a mi hijito, a mis familiares y amigos que estuvieron junto a mi apoyándome y cada día dándome ánimo.

Javier

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Técnica del Norte por habernos abierto sus puertas a esta prestigiosa institución del saber, a lo largo de este tiempo se a puesto a prueba la capacidad y conocimiento en el desarrollo de nuestra formación como Licenciados en Terapia Física Medica

Mi agradecimiento especial a quien fue nuestra Tutora de Investigación la Lcda. Verónica Potosí quien nos supo guiar y brindar su tiempo para el cumplimiento de nuestro trabajo de investigación con su valiosa colaboración, apoyo y confianza logramos desarrollar n nuestro trabajo final de Grado y a la Dra. Salome Gordillo por ser parte de la elaboración de mi Tesis previa la obtención de Licenciatura en Terapia Física Medica. También agradecemos a nuestros familiares y amigos quienes formaron parte de este proyecto, a las personas que formaron parte del estudio de nuestra tesis gracias y que Dios los bendiga.

ANDRES/ JAVIER

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación.....	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo general.....	6
1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5 Preguntas de investigación	7
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Discapacidad	9
2.2 Clasificación de la discapacidad.....	10
2.2.1 Discapacidad Física	11
2.2.2 Discapacidad Sensorial	11

2.2.3 Discapacidad Auditiva.....	11
2.2.4 Discapacidad Visual	12
2.2.5 Discapacidad Intelectual	12
2.3 La discapacidad física.....	12
2.4 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud	14
2.4.1 Perspectiva de los componentes de la CIF.....	15
2.5 Funcionalidad	20
2.5.1 Capacidad funcional	22
2.5.2 Evaluación de la funcionalidad.....	23
2.5.3 Índice de Barthel.....	24
2.5.4 Método FIM.....	29
2.6 Adaptabilidad	30
2.6.1 Adaptabilidad del Entorno	31
2.6.2 Adaptabilidad Funcional Del Paciente	31
2.6.3 Actividades de la Vida Diaria.....	32
2.7 Accesibilidad	35
2.8 Marco legal.....	36
2.8.1 Ley Orgánica de discapacidades.....	36
2.8.2 Plan Nacional del Buen Vivir	40
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA	43
3.1. Tipos de investigación.....	43
3.2. Diseño de la investigación.....	44
3.3. Población y muestra	44
3.4 Identificación de variables.....	45
3.5 Operacionalización de variables.....	45
3.6. Métodos de Investigación.....	47
3.6.1 Revisión Bibliográfica	47
3.6.2 Análisis de contenido.....	47

3.6.3 Método inductivo- deductivo.....	48
3.6.4 Método analítico – sintético.....	48
3.7 Instrumentos de recolección de datos.....	48
3.7.1 Encuesta y Observación.....	48
3.8 Estrategias de la investigación	50
3.9 Validez y confiabilidad de la investigación.....	50
CAPÍTULO IV.....	51
RESULTADOS.....	51
4.1 Resultados	51
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	57
4.3 Respuesta a las preguntas de investigación.....	59
4.4 Conclusiones	60
4.5 Recomendaciones.....	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	67
Anexo 1 Consentimiento informado	68
Anexo 2. Cuestionario de preguntas.....	70
Anexo 3. Tablas de ponderación.....	82
Anexo 4 Fotos	86
Anexo 5 Ilustraciones.....	90
Anexo 6. Localización	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la población según la funcionalidad	52
Tabla 2	Distribución de la población según la Dependencia	52
Tabla 3	Distribución de la población según el Entorno	53
Tabla 4	Distribución de la población según la Adaptabilidad	54
Tabla 5	Relación entre Adaptabilidad y funcionalidad.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribución de la población según la funcionalidad.....	52
Gráfico 2	Distribución de la población según la Dependencia	53
Gráfico 3	Distribución de la población según el Entorno	54
Gráfico 4	Distribución de la población según la Adaptabilidad	55

DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL JORDÁN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016.

AUTORES: Andrés Cando
Javier Torres

RESUMEN

Este presente estudio fue realizado, teniendo en cuenta un estudio más preciso de la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física, de la parroquia El Jordán del cantón Otavalo Provincia de Imbabura en el periodo 2016. Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo con enfoque -cuantitativo, el diseño fue no experimental de corte transversal, la investigación tomó como muestra a 18 personas con discapacidad física, se empleó una encuesta de forma directa que fue hecha a través de la aplicación “ODK Collect”. Resultados: En este estudio, la mitad de la población con un 50% presentó una pérdida leve de la funcionalidad, con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación, en cuanto a la adaptabilidad el 44% de la población presentó una pérdida moderada de la adaptabilidad con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno. Conclusión: Una gran parte de la población estudiada presentó algún grado de pérdida de la funcionalidad, lo cual afecta directamente con la adaptabilidad y la calidad de vida de las personas con discapacidad. La adaptabilidad y la funcionalidad se complementan entre sí, sin dejar de lado el entorno, por lo que, si se mejoran alguno de los dos, la adaptabilidad va a mejorar.

Palabras clave: Discapacidad física, funcionabilidad, adaptabilidad, entorno.

DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA PARROQUIA EL JORDÁN DEL CANTÓN OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERÍODO 2016.

AUTORES: Andrés Cando
Javier Torres

ABSTRACT

This research was done bearing in mind a previous accurate diagnostic in people functionality and adaptability with a sort of physical disability, in El Jordan parish, Otavalo canton, Imbabura province in 2016. Methodology: This research was a sort of descriptive with a qualitative-quantitative approach; the design wasn't experimental with a transversal insight. This investigation took 18 disable people as a sample; the survey was direct with the help of "ODK collect" software. Outcomes: In this research the half of population with a 50% showed off a slight lack of functionality with a slight functional restriction doing activities where balance is required. Regarding the adaptability 44% of population showed off moderate lack of adaptability, moderate dependence and moderate environment dependence as well.

In conclusion, most of the people in this case study showed off a kind of range of lack of functionality, which affect directly with the adaptability in their quality of life with a sort of disability. The adaptability of the functionality complements each other without neglecting the environment, weather we enhance one of them, the adaptability will improve as well.

Key Words: Physical Disability, Functionality, Adaptability, Environment

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto. (1)

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los aproximadamente mil millones de personas que tienen discapacidad en todo el mundo (que suponen alrededor del 15% de la población), unos 90 millones viven en Latinoamérica, donde se calcula que el 80% de estos ciudadanos presentan graves problemas para acceder a bienes sociales básicos como es el empleo.

En América Latina, cerca del 40% de las personas con discapacidad trabajan sin recibir remuneración. En países de ingreso bajo, las personas con discapacidad generalmente se auto emplean o trabajan en el sector informal agrícola. Sus ingresos son 50% inferiores a los de la población sin discapacidad. En países de renta media, las oportunidades de empleo se concentran en el sector de servicios y sus ingresos son 35% menos que los de la población no discapacitada. (2)

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación.

muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto. (1)

En América Latina la desigualdad socioeconómica ha colocado a gran parte de la población en una situación de vulnerabilidad que solicita acciones conjuntas y sustentadas por parte de las autoridades. De ahí la gran necesidad de realizar diagnósticos precisos de la población afectada (3)

La funcionalidad y la adaptabilidad tiene que ver con la capacidad que tienen las personas para adaptarse y funcionar de acuerdo a las necesidades que tengan en el entorno; lo cual esta articulado con el desarrollo de las actividades de la vida diaria, la cuales son todas aquellas que intervienen en la capacidad del autocuidado, según un estudio realizado en España: valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel (4); por lo cual para determinar el grado de funcionalidad y adaptabilidad es importante conocer sus actividades de la vida diaria.

Un fenómeno importante a tomar en cuenta para establecer esta problemática es que la relación directa que existe entre el grado de independencia de las personas y el pronóstico del tiempo de vida; ya que según estudios realizados por Oswaldo Acosta dice que el pronóstico de vida de las personas con discapacidad es relativo al grado de independencia. (5).

En Ecuador existen leyes, organismos y programas que amparan a las personas con discapacidad, tales como: la Misión Solidaria Manuela Espejo que es parte de una investigación social y clínica para estudiar y registrar georreferencialmente a todas las personas con discapacidad; permitió conocer con exactitud quiénes son, cuántos son, dónde están, cómo están y que necesitan todas y cada una de las personas con discapacidad que habitan el territorio ecuatoriano. Como consecuencia de ese registro, nace el programa Joaquín Gallegos Lara que consiste en la asignación de un bono económico que se entrega a la persona encargada de cuidar a una persona con discapacidad severa física o intelectual en un entorno de pobreza extrema (6)

En la misión Solidaria Manuela Espejo la investigación surge ante la falta de estadísticas serias que le permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad. (7)

Los programas antes mencionados no arrojan una estadística sobre cuán funcional y adaptable son las personas con discapacidad, estos programas han identificado a dichas personas y han entregado ayudas técnicas las cuales son estándares y no adaptadas a las necesidades específicas y de ubicación geográfica de cada individuo.

Actualmente en el Ecuador no se a realizado un censo que indique cuan funcional y adaptable es una persona que presenta una discapacidad física, el estudio que se realizó en la parroquia de él Jordán del cantón Otavalo, respecto a la funcionalidad y la adaptabilidad de personas con con algún tipo de se observó que la mayor parte de las personas presentó algún grado de dependencia y su entorno es inadecuado, haciendo que esto afecte directamente a su movilidad , disminuyendo así la accesibilidad, por lo tanto la conclusión de este estudio es que la adaptabilidad de este tipo de población es escasa en la parroquia el Jordán de la ciudad de Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2016.

En la provincia de Imbabura se encontró 10820 casos de personas con discapacidad, de estos, 5051 personas se encuentran en la ciudad de Ibarra, 2341 personas en la ciudad de Otavalo, 1384 personas en Cotacachi, 1174 personas en Antonio Ante, 447 personas en Pimampiro y 423 personas en Urcuquí. El tipo de discapacidad con más prevalencia es físico (43.43%). (8)

En base a lo mencionado anteriormente el objetivo de la presente investigación realizar el diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad en personas con discapacidad física en la comunidad de El Jordán del Cantón Otavalo en base a la aplicación de una encuesta

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del cantón Otavalo en la provincia de Imbabura en el periodo 2016?

1.3. Justificación

El presente trabajo permitió establecer un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de personas con discapacidad física más preciso, con el fin de conocer cuan funcional es una persona y conocer más detalladamente sus necesidades para que sea totalmente funcional.

Este estudio que se realizó permitió conocer el grado de funcionalidad y adaptabilidad para así aportar importantes beneficios a las personas de la parroquia el Jordán del Cantón Otavalo ya que permite conocer de una manera cuantitativa su funcionalidad con la finalidad de poder otorgar ayudas precisas de acuerdo a su necesidad.

La importancia de este trabajo se basa en realizar un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad en las personas con discapacidad de la parroquia el Jordán del Cantón Otavalo, así se pudo identificar más detalladamente el problema que en este caso se relaciona con el grado de independencia de las personas con discapacidad física para que así reciban una adecuada atención, y el uso de ayudas ortopédicas lo cual mejorará las oportunidades y la calidad de vida.

La aplicación de este instrumento nos ayuda a identificar cuan funcional y adaptable es una personas con discapacidad física para identificar y tomar medidas y

poder ayudar con alternativas para mejorar su estilo de vida la y brindar beneficios a corto plazo generando a presente y futuro una vida de calidad, imponiendo los mejores estándares de salud sin olvidar el buen vivir ayudando a su calidad de vida ya que este instrumento de diagnóstica de una manera más precisa la funcionalidad y adaptabilidad..

Este proyecto es viable ya que no se necesita de una alta capacitación para realizar esta encuesta ya que la misma cuenta con preguntas fáciles de respuestas cerradas donde el paciente no tuvo inconveniente en responderla, este estudio tampoco represento económicamente un alto costo a los investigadores

La utilidad metodológica de la presente investigación se basa en que la información proporcionada servirá para realizar futuros estudios tomando en cuenta que es parte del programa de discapacidad de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte.

Es por lo expuesto anteriormente que el trabajo de investigación tiene una importancia social, familiar y económica en el ámbito de la discapacidad porque gracias a esta encuesta fisioterapéutica se elevará la calidad de vida adaptándola a su funcionalidad con la ayudas técnicas y tratamiento fisioterapéuticas que se ofrecerá en estudios futuros.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del Cantón, Provincia de Imbabura, en el período 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Determinar la funcionalidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del cantón Otavalo
- 2) Determinar la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del cantón Otavalo
- 3) Establecer la relación entre funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del Cantón, Provincia de Imbabura, en el período 2016.

1.5 Preguntas de investigación

- a) ¿Cuál es la funcionalidad que presenta las personas con discapacidad física?
- b) ¿Cuál es la adaptabilidad que presentan las personas con discapacidad física?
- c) ¿Cuál es la relación de la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2016?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Discapacidad

Celsa, Cáceres. Rodríguez afirma que según la OMS: Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencia o exceso en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible y progresivo y regresivo. Se clasifica en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. (9)

Según Lizárraga (10) afirma que “El concepto de discapacidad indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental”

La discapacidad comprende una parte fundamental dentro de la vida humana, absolutamente todos los seres humanos adoptan una discapacidad en sus vidas, que puede ser temporal o de por vida, incluso mientras se envejece se llega a sentir como afecta los cambios que se generan en el cuerpo, que provocan de alguna manera dicha discapacidad.

Este estado afecta al individuo o persona con discapacidad puesto que él se verá vulnerable por no poder realizar sus actividades de la vida diaria, como alimentarse, aseo personal y movilidad libre dentro de su domicilio, por otro lado, también

afectará su estado de ánimo y de relación con el medio como sus relaciones interpersonales y como resultado de esto dará encerrarse en su mundo solo y desconectarse de la realidad. (11)

A la sociedad si bien no afecta de manera directa su repercusión se desarrolla en la necesidad de adaptar los espacios para su completa comodidad y accesibilidad, es necesario explicar que la discapacidad frente a la sociedad no es directamente una afección más bien se debería denominarla una responsabilidad social con las personas discapacitadas, ya que no hace muchos años atrás se los gobiernos invertían en este grupo vulnerable de la sociedad. (11)

2.2 Clasificación de la discapacidad

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

El Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador (MRL), conjuntamente con el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), creó un Manual de Buenas Prácticas, para la inclusión laboral de personas con discapacidad, en base a dicho manual se determinó los diferentes tipos de discapacidad se presentan en la **¡Error!**
No se encuentra el origen de la referencia.: I7.1

2.2.1 Discapacidad Física

Se define como el resultado de un impedimento motor de la persona afectada; lo que da como significado que las partes afectadas corresponden al sistema neuromusculoesquelético.

El individuo que presenta discapacidad física, tiene la limitación en la acción de diferentes actividades según el área que tenga afectada, por ejemplo, una persona que se encuentre con una lesión medular alta podría estar postrado en la cama y necesitará movilidad pasiva y cambios de postura para evitar lesiones por presión ósea en sus partes blandas y la movilidad ayudará a la circulación enlentecerá el proceso de atrofia muscular.

Por otro lado, una persona con lesión medular baja necesitará de una ayuda técnica como una silla de ruedas para su deambulación, así como una persona que tenga una lesión de solo uno de sus miembros inferiores necesitará la ayuda de técnica de una muleta. La discapacidad física puede definirse entonces también como transitoria o permanente; por ejemplo un paciente con fractura de fémur tendría una discapacidad transitoria siempre y cuando su fractura se consolide satisfactoriamente, de no ocurrir así tendría una discapacidad que afectaría a su miembro inferior. (12)

2.2.2 Discapacidad Sensorial

Se puede definir discapacidad sensorial como aquella que afecta directamente a los órganos de los sentidos tenemos. (13)

2.2.3 Discapacidad Auditiva

La discapacidad auditiva hace referencia o nombra aquella que engloba la disminución, carencia o deficiencia de la capacidad auditiva. Las personas con discapacidad auditiva tienen como ayuda técnica un audífono que ayuda a amplificar las ondas sonoras. (14)

2.2.4 Discapacidad Visual

Se define como la carencia o deficiencia del órgano visual, las personas con la pérdida total de la visión se les denomina no videntes, sin embargo, todas las personas que tienen deficiencia en el órgano de la visión usan una ayuda técnica que son los lentes, así como los no videntes usan el bastón, que podría ser definido como una extensión del órgano táctil del ser humano. (14)

2.2.5 Discapacidad Intelectual

Puede manifestarse antes de los 18 años de edad, etapa en la cual aún el sistema nervioso recién está terminando de madurar, se caracteriza por la presencia de un coeficiente menor a setenta y en algunos casos se asocia a limitaciones físico motoras y sensoriales; así como a trastornos conductuales. (14)

2.3 La discapacidad física

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por 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. (15)

La discapacidad física está relacionada con las limitaciones de tipo física que hace que las personas no puedan desarrollar sus actividades normales y afectan generalmente a sus extremidades.

Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- a) **Genéticas:** Son transmitidas de padres a hijos.
- b) **Congénitas:** Se refiere a aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación o al momento del parto.
- c) **Adquiridas:** Ocasionadas por una gran cantidad de enfermedades producidas después del nacimiento, o por accidentes de tipo doméstico, de tránsito, violencia, laborales, etc.

Una persona con discapacidad física o motora es aquella que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración de su aparato motor, debido a una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, muscular y /u óseo, o en varios de ellos relacionados. Esta situación implica una dificultad para participar en actividades propias de la vida cotidiana, manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas.

Es importante considerar que la discapacidad motora no depende únicamente de las características físicas o biológicas de la persona, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad personal con un contexto ambiental desfavorable ya que nuestros espacios están diseñados para personas sin discapacidad. (16)

Actualmente la discapacidad física y cualquier otro tipo de discapacidad están evaluadas en relación a dos componentes fundamentales los cuales son: funcionamiento y discapacidad compuestos por dos factores, funciones y estructuras corporales, y actividad y participación; el segundo componente es en relación a los factores contextuales que son los factores ambientales y factores personales y participación. Todo lo anterior en torno a la actividad (17)

La discapacidad física entra en un grupo de cada uno de estos componente que de acuerdo al análisis de la persona y de su contexto se definiría el grado de discapacidad en el que se encuentra ya que actualmente no se evalúan o define la discapacidad como la deficiencia de órganos o enfermedades limitantes sino como un puesta más universal, donde se reconozca el ser en relación a lo que lo rodea. (18) .

2.4 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud

Es muy importante citar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ya que gracias a la misma podemos aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. (19)

Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF también

considera los factores contextuales ambientales y personales que interaccionan con estos componentes (20).

En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo del continuum de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales modelo biopsicosocial (20).

La CIF brinda un lenguaje unificado para clasificar los cambios en las funciones y estructuras corporales, las actividades, los niveles de participación y los factores ambientales que afectan la salud. Esto ayuda a evaluar la salud, el funcionamiento, las actividades y los factores ambientales que ayudan u obstaculizan la máxima participación de las personas en la sociedad. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios. (20).

2.4.1 Perspectiva de los componentes de la CIF

1. Afecciones de salud

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

2. Estructuras corporales

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

3. Funciones corporales

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

4. Limitaciones funcionales

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

5. Actividad

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

6. Limitaciones en la actividad

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

7. Participación

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

8. Restricciones en la participación

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

9. Factores ambientales

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

10. Factores personales

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

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

Primera Parte. Funcionamiento y Discapacidad

Funciones y Estructuras Corporales

Actividades y Participación

Segunda Parte. Factores Contextuales

Factores Ambientales

Factores Personales

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

Actividades y Participación

Dominio

El dominio para Actividades y Participación aparecen en una única lista que cubre todo el rango de áreas vitales como por ejemplo desde el aprendizaje básico o la observación, hasta otras áreas más complejas tales como interacciones interpersonales o empleo. El componente puede utilizarse para indicar actividades o participación o ambos. Los dominios de este componente son calificados por los dos calificadores de desempeño/realización y capacidad.

Calificadores

Se cuenta con dos calificadores que son:

El calificador de desempeño que describe lo que una persona hace en su entorno y la capacidad que tiene para involucrarse en el mismo; y el calificador de capacidad que describe la aptitud de un individuo para realizar una actividad. Tanto el calificador de capacidad como el de desempeño/realización pueden ser usados con o sin dispositivos de ayuda o con asistencia de terceras personas. Aunque los dispositivos de ayuda y la asistencia personal no eliminan los déficits, sí pueden eliminar las limitaciones de funcionamiento en los distintos dominios. Este tipo de codificación es particularmente útil para identificar el grado de limitación en el funcionamiento que la persona tendría sin los dispositivos de ayuda. (21)

Proceso del Funcionamiento y de la Discapacidad

Respecto a la clasificación la CIF no establece un modelo para este proceso; pero se utiliza en la descripción de dicho proceso proporcionando los medios para delinear los diferentes “constructos” y dominios.

Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo.

Proporciona las “piezas de construcción” para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. En este sentido, podemos considerar la CIF como un idioma y los textos que se pueden crear dependerán de los usuarios, de su creatividad y de su orientación científica. (21)

Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud.

Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones. Sin embargo, es importante recoger datos de estos “constructos”, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos. (21)

Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles.

Por ejemplo:

-Tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad por ejemplo una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona.

- Tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño /realización sin deficiencias evidentes por ejemplo reducción en el desempeño / realización de las actividades diarias que se asocia con muchas enfermedades.

- Tener problemas de desempeño sin deficiencias o limitaciones en la capacidad un ejemplo puede ser una persona VIH positiva o un antiguo paciente recuperado de una

enfermedad mental que se enfrentan a la discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo.

-Tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia de problemas de desempeño o realización en el entorno habitual como por ejemplo un individuo con limitaciones en la movilidad, puede ser provisto por la sociedad de ayudas tecnológicas que faciliten su desplazamiento.

Estos factores interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales son extrínsecos a la persona (ej. las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legislativo) y se incluyen dentro de la clasificación de Factores Ambientales.

Hay que recalcar que los factores personales no son clasificados por la CIF pero pueden ser tomados en cuenta por quien realiza la evaluación del paciente. (21).

2.5 Funcionalidad

A través del tiempo, la misma Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento "como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)" (22)

La interrelación compleja entre el estado de salud (trastorno o enfermedad) y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación por otra, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales como facilitadores, *versus* la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad, y/o restricción en la participación que por ende genera la

discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales.
Ilustración I7.2 (22)

De tal forma que un sujeto puede tener deficiencia sin limitación en la actividad, o bien tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes o, por otra parte, tener problemas de participación, sin deficiencias o limitaciones en la actividad; o en otra vertiente, tener limitaciones en la actividad sin problema de participación; esto nos demuestra la complejidad de la interacción entre los diversos factores.

Adicionalmente se considera la discapacidad cómo un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada "condición de salud" y sus factores contextuales (social/ambiental) , (23 pág. 18)

La función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales y concordando con la OMS, de eliminar el concepto de deficiencia, discapacidad y minusvalía como sinónimos y plantea el funcionamiento y discapacidad globalmente, basado en un modelo biopsicosocial, considerando al individuo en el contexto en donde se desenvuelve. (24)

Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, Lobo, Santos & Carvalho (25) la consideran como "la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio" la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está indemne.

El grado de discapacidad y funcionalidad de una persona no depende solamente de la presencia de síntomas físicos o mentales; se relaciona también con las barreras o facilitadores medioambientales ante una enfermedad determinada. Así, las personas que tienen una enfermedad y grado de discapacidad específico pueden verse favorecidas no sólo por intervenciones dirigidas a disminuir sus síntomas, sino también por aquellas diseñadas para prevenir y/o modificar el deterioro funcional y las barreras del contexto. (26)

2.5.1 Capacidad funcional

Medina y cols. (2007) definen la funcionalidad como "el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida"

Entiéndase capacidad funcional como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria. (27)

Desde otra óptica, Sosa, García & González, identifican el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social. (28)

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

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

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

La correcta relación de estas funciones marca la capacidad funcional del paciente.
(21)

2.5.2 Evaluación de la funcionalidad

La evaluación de la funcionalidad de las personas se refiere a la consideración de aquellos elementos individuales y contextuales que intervienen de manera directa y/o indirecta en los procesos de formación profesional.

Con base en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, las Discapacidad y la Salud CIF, la evaluación de la funcionalidad considera:

1. El Funcionamiento, es decir; los aspectos positivos de la interacción de una persona y los factores contextuales.
2. La Discapacidad, aquellos aspectos negativos de la interacción entre una persona y los factores contextuales. Este concepto abarca tres dimensiones: las deficiencias de función y de estructura, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación.

3. Factores contextuales que hace referencia a aquellos elementos del ambiente y propios de la persona que influyen directamente o indirectamente la condición de salud. Dentro de estos factores contextuales se consideran tanto los factores ambientales como personales. (1)

Al evaluar la funcionalidad, se valoran las posibilidades de desarrollo ocupacional de la misma, lo cual implica la consideración de las habilidades, destrezas, capacidades residuales y potencialidades, aptitudes y expectativas ocupacionales, así como sus limitaciones y estrategias implementadas para contrarrestarlas

Debido a que la funcionalidad es resultado tanto de una condición de salud de la persona, la evaluación de la misma debe realizarse de manera global y no únicamente de una de las partes ya que la persona es un ser integral con capacidades, potencialidades, habilidades, discapacidades, aptitudes y actitudes únicas.

El objetivo de la evaluación de la funcionalidad es detectar las posibilidades de desarrollo de la persona con discapacidad en el medio social, laboral, así como las eventuales necesidades de apoyo de la persona con discapacidad

Tomando en cuanto a lo mencionado anteriormente se usan métodos o técnicas de valoración funcional para evaluar las características de una persona. Dentro de los conocidos se encuentra Barthel, Método FIM.

2.5.3 Índice de Barthel.

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

Evalúa diez tipos de actividades:

1. Comer
2. Lavarse
3. Vestirse
4. Arreglarse
5. Control de deposiciones
6. Control de micción
7. Uso del retrete
8. Trasladarse
9. Deambular
10. Subir y bajar escalones

Posee 2, 3 o 4 niveles de puntuación (según la actividad), con intervalos de 5 en 5 puntos y un rango de puntaje de 0 a 100. Ilustración I7.3

Características del Índice de Barthel

Interpretación objetiva

Fácil aprendizaje y aplicación

Se interpreta en 5 minutos

Mayor sensibilidad al cambio

Evalúa mejor la necesidad de ayuda/asistencia.

Uso en rehabilitación y/o residencias.

Parámetros:

Comer

Consiste en la habilidad para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo. También se define como el proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o taza.

10 puntos: Independiente. Capaz de comer por sí sólo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5 puntos: Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer sólo.

0 puntos: Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse

Bañarse o ducharse. Tomar y usar objetos con este fin. Enjabonado y secado de las partes del cuerpo. Mantenimiento de la posición para el baño y transferencias desde y hacia la tina o ducha”.

5 puntos: Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.

0 puntos: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestirse

Selección de ropa y accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión. Vestido y desvestido de forma secuencial. Abrochado y ajuste de ropa y zapatos. Poner y quitarse dispositivos personales como prótesis.

10 puntos: Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5 puntos: Necesita ayuda. Realiza más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0 puntos: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda.

Arreglarse

“Tomar y usar los objetos para este fin. Afeitado. Quitar y poner maquillaje. Lavar, secar, combinar, cepillar o arreglarse el pelo. Cuidado de las uñas de manos

y pies. Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz. Aplicarse desodorante. Cepillado dental.

5 puntos: Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.

0 puntos: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda.

Deposiciones

“Completo control voluntario de los movimientos intestinales. Uso de equipamiento o agentes para el control del intestino. Lograr limpiarse”.

10 puntos: Continente. No presenta episodios de incontinencia.

5 puntos: Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0 puntos: Incontinente. Más de un episodio semanal.

Micción

“Completo control voluntario de la vejiga. Uso de equipamiento o agentes para el control vesical. Lograr limpiarse.

10 puntos: Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal).

5 puntos: Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.

0 puntos: Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

Usar el retrete

“Tomar y usar los objetos para este fin. Muda. Mantenimiento de la posición en el inodoro. Transferirse hacia y desde la posición del inodoro”.

10 puntos: Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.

5 puntos: Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

0 puntos: Dependiente. Incapaz de acceder al inodoro o de utilizarlo con ayuda mayor.

Trasladarse

“Moverse de una posición o lugar a otra, durante el desempeño de cualquier actividad. Movilidad en la cama, en la silla de ruedas. Transferencias, cambios funcionales”.

15 puntos: Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10 puntos: Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5 puntos: Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.

0 puntos: Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

Deambular

“Deambulaci3n y transporte de objetos. Caminar”.

15 puntos: Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10 puntos: Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

5 puntos: Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.

0 puntos: Dependiente.

Escalones

“Comprende subir y bajar escaleras”.

10 puntos: Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.

5 puntos: Necesita ayuda o supervisi3n.

0 puntos: Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

Interpretación

Máxima puntuación 100 puntos (90 en silla de ruedas).

2.5.4 Método FIM.

La Medida de la independencia funcional (MIF), fue desarrollada en los años ochenta por un consorcio del congreso americano de rehabilitación y la academia americana de medicina física y rehabilitación. Fue diseñado para la valoración de daño cerebral, añadiendo doce áreas más para tener en cuenta también las alteraciones cognitivas y psicosociales. (29)

Se creó con la idea de crear un índice de medida global de incapacidad similar al Barthel pero con mayor sensibilidad y que tuviera en cuenta las alteraciones cognitivas y psicosociales que el índice de Barthel no incluía. (30)

Valora la función motora y cognitiva, se lo hace a través de un cuestionario, se lo puede realizar a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se lo emplea más en pacientes que asisten a Rehabilitación física.

La FIM es una escala construida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere la ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 ítems dentro de 6 áreas de funcionamiento: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulacion, comunicacion y conocimiento social. La máxima puntuación de cada ítem es de siete y la mínima de uno, por lo que el máximo obtenido será de 126 y el mínimo de 18 (31)

Para obtenerla se suman los valores obtenidos en las áreas motora y cognitiva. La puntuación motora va desde los 13 a los 91 puntos y la puntuación cognitiva, desde 5 a 35 puntos. Ilustración I7.4

Esta escala diferencia dos niveles:

No necesita ayuda con dos puntuaciones: 7 completamente independiente, 6 independiente con cierta limitación.

Necesita ayuda con dos subniveles:

Dependencia moderada con varias puntuaciones: 5 supervisiones, 4 mínima asistencia, 3 moderada asistencia.

Dependencia completa con dos puntuaciones: 2 asistencia máxima, 1 total asistencia.
(Anexo 6) (32)

La recogida de los datos debe ser de lo que el paciente realiza de forma habitual y no de lo que el paciente es capaz de hacer o ha realizado de forma ocasional. Si hay funciones que el paciente es solo capaz de realizarlas en determinados ambientes o en determinadas horas del día se debe recoger la puntuación más baja. (33)

La Escala de Independencia Funcional FIM, permite la descripción objetiva del estudio funcional relativo a un momento determinado, la evaluación periódica para permitir la detección de alteraciones en el estado funcional a través del tiempo o la recolección de datos a través de la observación. (34)

2.6 Adaptabilidad

La adaptabilidad se puede definir como la cualidad que tiene un individuo o cosa para poder adaptarse, aquí resalta la diferencia con adaptación ya que es la acción de adaptarse o adecuación.

Dentro del concepto de adaptabilidad se encuentra la capacidad que han tenido o el desarrollo de una comunidad por incluir dentro de la sociedad a las personas con discapacidad y tratar de disminuir sus limitaciones; con esto tenemos: adaptabilidad de entorno, adaptabilidad física (órtesis, prótesis, ayudas técnicas). (35)

2.6.1 Adaptabilidad del Entorno

La adaptabilidad en el entorno en la actualidad es uno de los temas que más aborda la inclusión, esta incluye la modificación de los espacios de deambulaci3n de las personas con discapacidad. Esto concierne la eliminaci3n de barreras arquitect3nicas que limitan la deambulaci3n de las personas con discapacidad. Por otro lado, la readecuaci3n de espacios incluye el dise1o de rampas, pasamanos, dise1o de sanitarios adecuado, entradas amplias que no limiten el acceso con ayudas t3cnicas.

Hay que recalcar que mientras m1s adecuado sea el entorno de un paciente con discapacidad menor limitaci3n va a tener para el desarrollo de sus actividades. (35)

2.6.2 Adaptabilidad Funcional Del Paciente

La adaptaci3n funcional comprende un dise1o adecuado de ayudas t3cnicas, 3rtesis, pr3tesis para el uso del paciente. Para esto se necesita que el paciente se adapte al uso de las mismas y que el tratante haga una dosificaci3n adecuada de las mismas.

Para que un paciente tenga una buena adaptabilidad funcional, se requiere de una evaluaci3n que marque de forma minuciosa sus necesidades seg1n el caso. Cuando un paciente necesita del uso de una pr3tesis para el reemplazo de un segmento corporal esta tiene que tener una adecuada medici3n y ser lo m1s parecida funcional y estructuralmente al segmento reemplazado.

El fisioterapeuta es el encargado de la reintegraci3n de la homeostasis dentro del paciente con un nuevo segmento es decir tendr1 que reeducar al paciente para que el reemplazo sea exitoso.

Cuando un paciente tiene una alteraci3n de la homeostasis debido a un mal funcionamiento de una de sus estructuras, este puede hacer uso de una 3rtesis o una

ayuda técnica según el caso lo amerite. La diferencia entre una órtesis y ayuda técnica es que la órtesis brinda soporte a la estructura funcional lesionada y puede intervenir en la recuperación de su normalidad y posteriormente puede ser descartada. La ayuda técnica modifica el ambiente y los utensilios que le permiten al paciente realizar las actividades de la vida diaria. (35)

2.6.3 Actividades de la Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria (o AVD) son tareas o acciones que diariamente realizamos tanto dentro de nuestros hogares como fuera de ellos ya sea en nuestro trabajo o centro de estudios y que permite vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir un papel social.

Estas varían entre las actividades que son más fundamentales para la supervivencia de las personas como la alimentación, incluso tareas más complejas del autocuidado personal e independencia vital, como realizar las compras, cocinar o usar el teléfono.

Todos y cada uno de nosotros realizamos actividades de la vida diaria, pero estas varían de acuerdo a las necesidades personales de cada individuo

Las actividades de la vida diaria se suelen clasificar en dos grupos: Las básicas de la vida diaria y las instrumentales de la vida diaria

2.6.3.1 Actividades básicas de la vida diaria:

Se trata de actividades básicas y primarias de cada individuo que son universales y no varían ni social ni culturalmente ya que intervienen en el autocuidado y la movilidad.

Permitiendo un grado de autonomía e independencia necesarias para que una persona pueda vivir sin ayuda continúa de otros.

Dentro de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) están:

Baño, ducha. Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.

Cuidado de la vejiga y los intestinos. Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.

Vestido. Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.

Comer. La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.

Alimentación. Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto No es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.

Movilidad funcional. Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.

Cuidado de las ayudas técnicas personales. Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.

Higiene personal y aseo. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas...

Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.

Dormir/descanso. Periodo de inactividad, con un fin reparador.

Higiene del inodoro. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias. (36)

2.6.3.2 Actividades instrumentales de la vida diaria:

Se trata de actividades más complejas que permiten la adaptación de una persona a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Estas dependen del estado de salud, además de este intervienen otros elementos, como el estado afectivo, nivel cognitivo y entorno social.

Para la realización de estas actividades debemos tomar en cuenta las siguientes influencias sexo, edad, circunstancias personales o familiares, estilo de vida.

Incluyen actividades como:

- a) **Cuidado de los otros.** Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
- b) **Cuidado de las mascotas.** Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
- c) **Criado de los niños.** Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- d) **Uso de los sistemas de comunicación.** Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.
- e) **Movilidad en la comunidad.** Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc.
- f) **Manejo de temas financieros.** Uso de recursos fiscales.
- g) **Cuidado de la salud y manutención.** Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- h) **Crear y mantener un hogar.** Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.

- i) **Preparación de la comida y limpieza.** Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- j) **Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias.** Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- k) **Ir de compras.** Planificar la compra, así como ejecutarla. (36)

2.7 Accesibilidad

“La accesibilidad al medio físico es un derecho a ejercer por todas las personas en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades. Cuando hablamos de planificar para que una ciudad sea accesible, generalmente se habla de diseñar o adecuar un medio cultural para que todos tengan acceso al mismo” (37)

Existen diversas ayudas técnicas para impulsar la accesibilidad y equiparar las posibilidades de todas las personas. Esto supone que un espacio que presenta buenas condiciones de accesibilidad puede recibir a toda clase de gente sin que exista un perjuicio o una complicación para nadie.

Las rampas para discapacitados, las sillas de ruedas, el alfabeto Braille y las señales auditivas son algunas de estas ayudas técnicas.

La accesibilidad supone un derecho que otorga a un individuo la posibilidad concreta y real de entrar, permanecer y recorrer un lugar con seguridad, comodidad y la mayor autonomía posible. Refiere a las características que debe cumplir determinado espacio para poder brindar una adecuada atención a personas con discapacidad o requerimientos especiales, pretende que no haya obstáculos que puedan dificultar el acceso a distintos lugares garantizando la igualdad de oportunidades que permitan el acceso de diferentes personas con discapacidad. (38)

2.8 Marco legal

2.8.1 Ley Orgánica de discapacidades

TITULO 1

PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES FUNDAMENTAL

DE LA SALUD

Artículo 19.- Derecho a la Salud.- El estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Artículo 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental,

social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

Artículo 21.- Certificación y acreditación de servicios de salud para discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

Artículo 22.- Genética humana y bioética.- La autoridad sanitaria nacional en el marco del Sistema Nacional de Salud normará, desarrollará y ejecutará el Programa Nacional de Genética Humana con enfoque de prevención de discapacidades, con irrestricto apego en la Constitución de la República y en los tratados e instrumentos internacionales.

SECCIÓN TERCERA DE LA EDUCACIÓN

Artículo 27.- Derecho a la educación.- El Estado procurará que las personas con discapacidad puedan acceder, permanecer y culminar dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, sus estudios, para obtener educación,

formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o en un establecimiento de educación escolarizada, según el caso.

Artículo 28.- Educación inclusiva.- La autoridad educativa nacional implementará las medidas pertinentes, para promover la inclusión de estudiantes con necesidades educativas especiales que requieran apoyos técnico-tecnológicos y humanos, tales como personal especializado, temporales o permanentes y/o adaptaciones curriculares y de accesibilidad física, comunicacional y espacios de aprendizaje en un establecimiento de educación escolarizada.

Para el efecto, la autoridad educativa nacional formulará, emitirá y supervisará el cumplimiento de la normativa nacional que se actualizará todos los años e incluirá lineamientos para la atención de personas con necesidades educativas especiales, con énfasis en sugerencias pedagógicas para todas las instituciones educativas en el Sistema Educativo Nacional.

Artículo 29.- Evaluación para la educación especial.- El ingreso o la derivación hacia establecimientos educativos especiales para personas con discapacidad, será justificada única y exclusivamente en aquellos casos, en que luego de efectuada la evaluación integral, previa solicitud o aprobación de los padres o representantes legales, por el equipo multidisciplinario especializado en discapacidades certifique, mediante un informe integral, que no fuere posible su inclusión en los establecimientos educativos regulares.

La evaluación que señala el inciso anterior será base sustancial para la formulación del plan de educación considerando a la persona humana como su centro.

La conformación y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios especializados estará a cargo de la autoridad educativa nacional, de conformidad a lo establecido en el respectivo reglamento.

Artículo 30.- Educación especial y específica.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinará con las respectivas autoridades competentes en materia de

educación el diseño a elaboración y la ejecución de los programas de educación, formación y desarrollo progresivo del recurso humano necesario para brindar la atención integral a las personas con discapacidad, procurando la igualdad de oportunidades para su integridad social.

La autoridad educativa nacional procurará proveer los servicios públicos de educación especial y específica, para aquellos que no puedan asistir a establecimientos regulares de educación en razón de la condición funcional de su discapacidad.

La autoridad educativa nacional garantizará la educación inclusiva, especial y específica, dentro del Plan Nacional de Educación, mediante la implementación progresiva de programas, servicios y textos quías en todos los planteles educativos.

Artículo 31.- Capacitación y formación a la comunidad educativa.- La autoridad educativa nacional propondrá y ejecutará programas de capacitación y formación relacionados con las discapacidades en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.

La autoridad sanitaria nacional podrá presentar propuestas a la autoridad educativa nacional, a fin de coordinar procesos de capacitación y formación en temas de competencia del área de salud, como la promoción y la prevención de la discapacidad en todos los niveles y modalidades educativas.

Artículo 32.- Enseñanza de mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación.- La autoridad educativa nacional velará y supervisará que en los establecimientos educativos públicos y privados, se implemente la enseñanza de los diversos mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación para las personas con discapacidad, según su necesidad.

Artículo 33.- Accesibilidad a la educación.- La autoridad educativa nacional en el marco de su competencia, vigilará y supervisará, en coordinación con los gobiernos

autónomos descentralizados, que las instituciones educativas escolarizadas y no escolarizadas, especial y de educación superior, públicas y privadas, cuenten con infraestructura, diseño universal, adaptaciones físicas, ayudas técnicas y tecnológicas para las personas con discapacidad; adaptación curricular; participación permanente de guías intérpretes, según la necesidad y otras medidas de apoyo personalizadas y efectivas que fomenten el desarrollo académico y social de las personas con discapacidad.

La autoridad educativa nacional procurará que en las escuelas especiales, siempre que se requiera, de acuerdo a las necesidades propias de los beneficiarios, se entreguen de manera gratuita textos y materiales en sistema Braille, así como para el aprendizaje de la lengua de señas ecuatoriana y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.

2.8.2 Plan Nacional del Buen Vivir

Dentro del plan nacional del buen vivir se establecen 12 objetivos:

Objetivos nacionales para el buen vivir

1. Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular
2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad
3. Mejorar la calidad de vida de la población
4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía
5. Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad
6. Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos

7. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global
8. Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible
9. Garantizar el trabajo digno en todas sus formas
10. Impulsar la transformación de la matriz productiva
11. Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica
12. Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana

Para este estudio de discapacidad se toma en consideración el tercero.

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población

Mejorar la calidad de vida de la población es reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Políticas y lineamientos estratégicos:

- 3.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- 3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.
- 3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.
- 3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

- 3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.
- 3.7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.
- 3.8. Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.
- 3.9. Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna.
- 3.10. Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.
- 3.11. Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.
- 3.12. Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional. (39)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipos de investigación

Este estudio fue de tipo explicativo ya que se detallaron, características y cualidades de las personas con discapacidad. Además, se recolectó información sobre los conceptos de adaptabilidad y funcionalidad en esta población la cual fue medida. (40)

Debido a que su enfoque fue conocer las causas y buscar respuestas sobre la adaptabilidad y funcionalidad en la población de estudio; se puede decir que esta investigación fue explicativa.

La naturaleza de esta investigación fue de enfoque cuantitativo.

El enfoque cuantitativo porque se midieron las variables relacionadas con adaptabilidad y funcionalidad en las personas con discapacidad; se analizaron las mediciones obtenidas (utilizando métodos estadísticos), y se establecieron una serie de conclusiones. (40)

En vista de que este estudio tuvo como objeto la descripción de las características de la población de estudio, la adaptabilidad y funcionalidad; esta investigación tuvo un enfoque correlacional.

3.2. Diseño de la investigación

El presente estudio fue no experimental ya que se hizo sin manipular deliberadamente variables; estas no cambiaron intencionalmente para ver su efecto sobre otras variables; además se observaron los fenómenos, en este caso la adaptabilidad y la funcionalidad en las personas con discapacidad tal como se dieron en su contexto natural, para posteriormente analizarlos; por estas razones el diseño de esta investigación fue no experimental. (40).

Fue una investigación de corte transversal pues la información fue recolectada en un solo momento, en un tiempo único; con el objetivo de detallar variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento establecido. (40).

3.3. Población y muestra

Se trabajó con el total de la población, la mencionada información fue proporcionada por el censo realizado en el programa de atención a personas con discapacidad de la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte, se encontró un total de 18 personas con discapacidad física, se excluyó de este estudio a las personas con discapacidad sensorial y psicológica.

El objeto de estudio son las personas con discapacidad física que habitan en El Jordán. La presente investigación tomó como muestra a 18 personas con discapacidad física, del estudio se excluyó a personas con discapacidad auditiva, intelectual y visual.

3.4 Identificación de variables

Variables Interés: Funcionalidad
Adaptabilidad

Variables de caracterización: Motricidad fina
Motricidad gruesa
AVD

3.5 Operacionalización de variables

Variable de Interés.

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. (19)	Alteración motora Actividades de la vida diaria	Alteración del equilibrio Alteración de la motricidad fina y gruesa. Limitación de la movilidad. Falta de coordinación. Perdida Fuerza Muscular Alteración de la sensibilidad.	Observación Encuesta Índice de BARTHEL Escala FIM

		Respuesta inadecuada o respuesta nula de extremidades.	
--	--	--	--

Variables de Interés

Funcionalidad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Capacidad que tiene un individuo para la ejecución de diferentes actividades.	FUNCIONALIDAD	FUNCIONES MENTALES FUNCIONES SENSORIALES FUNCIONES FISIOLÓGICAS FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS	OBSERVACIÓN ENCUESTA

Adaptabilidad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Cualidad que tiene un individuo o cosa para poder adaptarse.	Adaptabilidad	Barreras Limitantes Facilitadores	Observación Encuesta

3.6. Métodos de Investigación

La investigación se basó en los siguientes métodos:

3.6.1 Revisión Bibliográfica

Este método permite obtener toda la información que ha sido documentada sobre el objeto de estudio en este caso sobre la discapacidad física, la funcionalidad y la adaptabilidad

3.6.2 Análisis de contenido

El análisis de contenido, se relaciona con la investigación descriptiva, ayudó a descubrir las características básicas de la población de estudio (personas con discapacidad física), extrayéndolas a través de un proceso caracterizado por el intento de rigor de medición. Busca conocer los componentes esenciales de un fenómeno determinado. (40)

3.6.3 Método inductivo- deductivo

El método inductivo permitió analizar particularmente los casos de las personas con discapacidad, para luego llegar a determinar generalidades de la población de estudio en la parroquia El Jordán del Cantón Otavalo

3.6.4 Método analítico – sintético

Posteriormente con el método analítico se pudo conocer y analizar las diferentes características del objeto a ser estudiado y mediante el método sintético se consiguió comprender mejor las particularidades de la población de estudio en su entorno. (40)

3.7 Instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Encuesta y Observación

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta, la que se aplicó mediante la aplicación de “ODK Collect, para realizar esta encuesta me dirigí hacía la parroquia de El Jordán en el Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, esta encuesta fue aplicada de forma directa a las personas con discapacidad física.

Esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de las personas con discapacidad, para explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características; se usó un cuestionario estructurado con 52 preguntas cerradas dicotómicas y politómicas. (Ver anexo 9 Encuesta)

Preguntas dicotómicas: Solo tienen dos alternativas de respuestas sí o no o verdadero y falso, o en su efecto No sabe, No contesta o No responde.

Preguntas politómicas: Presenta al encuestador una pregunta y un conjunto de alternativas mutuamente excluyentes y exhaustivas tomadas de forma colectiva y deben elegir a la que mejor se adecue a su respuesta.

La observación es la técnica sobre las que se sustentan todas las demás, ya, que es el inicio de toda comprensión de la realidad. Esta técnica de investigación básica ayudó a establecer la relación básica entre las personas con discapacidad física y su funcionalidad y adaptabilidad.

En este tipo de investigación se aplicó principalmente la observación directa, ya que los investigadores acudieron a la parroquia, para observar a la población de estudio.

La observación fue de campo ya que se realizó en el lugar de los hechos, para lo cual se solicitó el apoyo del presidente del gobierno Autónomo descentralizado del Cantón Otavalo.

La observación fue participativa aquí los investigadores comparten con las personas que están dentro de su contexto experiencias y vidas cotidianas para poder obtener directamente toda la información de las personas de su propio problema

- Índice de Barthel (Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria)

- La Escala de Independencia Funcional FIM, permite la descripción objetiva del estudio funcional

3.8 Estrategias de la investigación

Para realizar las encuestas se procedió a inspeccionar el lugar y posteriormente se llevó a cabo las encuestas.

Una vez realizadas las encuestas y con toda la información obtenida se realizó una base de datos, esta recopilación de datos se lo hizo por medio del programa Microsoft Excel y SPSS.

Para poder realizar esta investigación se utilizó los siguientes materiales:

- a) Tablet
- b) ODK
- c) Computador.
- d) Matriz de discapacidad motora.
- e) Encuesta
- f) Materiales de oficina

En la sistematización y análisis de la información se aplicaron herramientas informáticas Microsoft Excel y el SPSS 21.0.

3.9 Validez y confiabilidad de la investigación

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.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

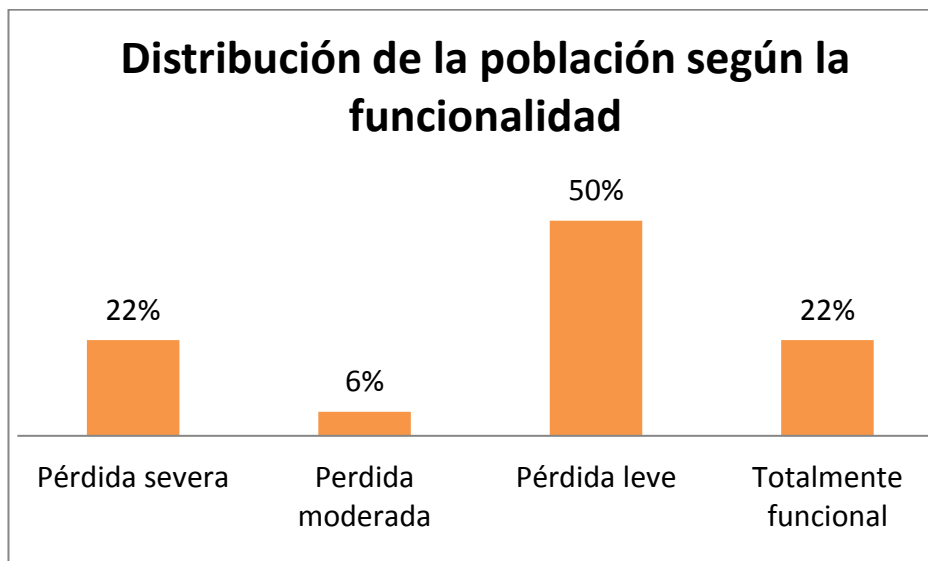
4.1 Resultados

Una vez aplicada la encuesta a 18 pacientes que presentan discapacidad física sobre diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad de la parroquia El Jordán del cantón Otavalo se procedió a ponderar la información para así obtener los resultados claros y precisos de cada paciente y sacar las diferentes especificaciones de funcionalidad, entorno, dependencia y adaptabilidad, y la relación de funcionalidad y la adaptabilidad en la población.

Tabla 1 Distribución de la población según la funcionalidad

	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida severa	4	22%
Perdida moderada	1	6%
Pérdida leve	9	50%
Totalmente funcional	4	22%
Total	18	100%

Gráfico 1 Distribución de la población según la funcionalidad

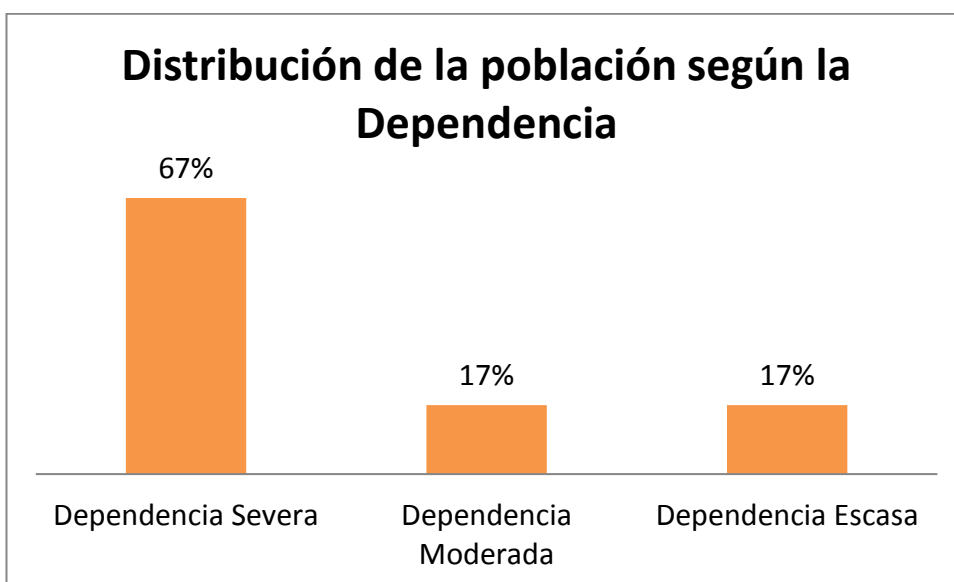


La mitad de la población con un 50% presentó una pérdida leve de la funcionalidad, de la misma manera se evidenció dos grupos con un 22% para cada uno con pérdida severa de la funcionalidad y totalmente funcional, y con un mínimo de 6% para perdida moderada de la funcionalidad.

Tabla 2 Distribución de la población según la Dependencia

	Frecuencia	Porcentaje %
Dependencia Severa	12	67%
Dependencia Moderada	3	17%
Dependencia Escasa	3	17%
Total	18	100%

Gráfico 2 Distribución de la población según la Dependencia

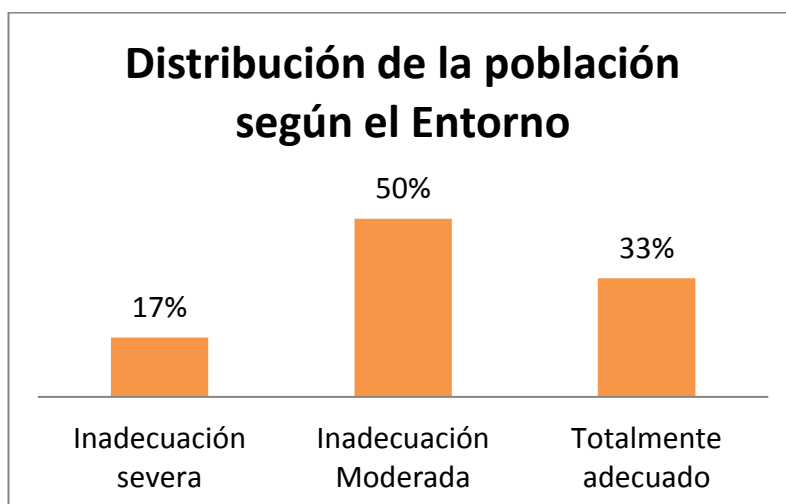


La mayoría de la población con el 67% presenta una dependencia severa, seguido por dos grupos con 17% para cada uno (dependencia escasa y dependencia moderada)

Tabla 3 Distribución de la población según el Entorno

	Frecuencia	Porcentaje %
Inadecuación severa	3	17%
Inadecuación Moderada	9	50%
Totalmente adecuado	6	33%
Total	18	100%

Gráfico 3 Distribución de la población según el Entorno

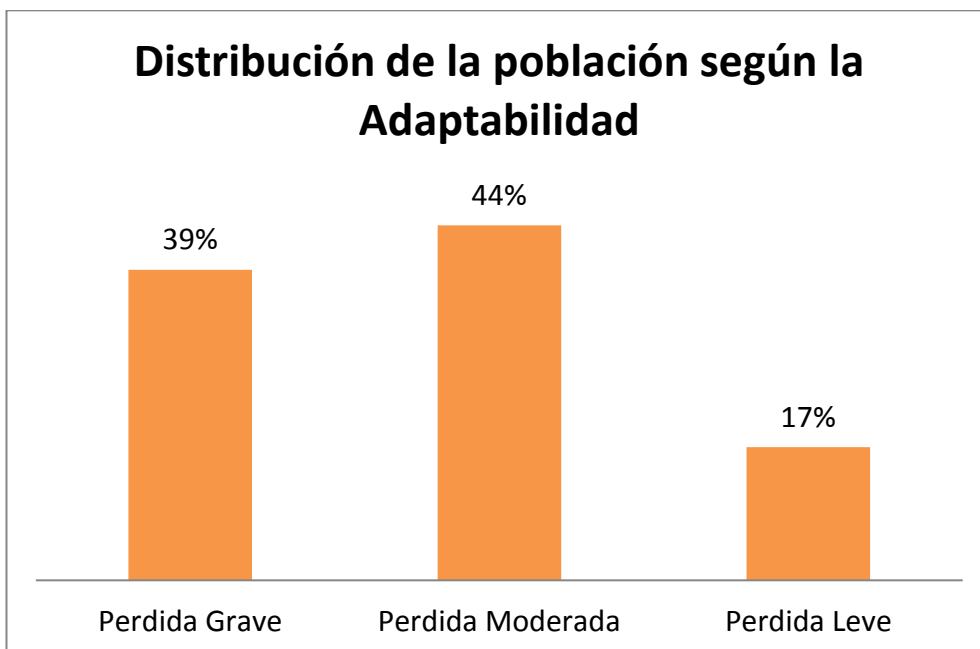


Al valorar su situación en cuanto al entorno se puede observar que el 50% de los sujetos de estudio tienen una inadecuación moderada del entorno, seguido con el 33% un entorno totalmente adecuado y un mínimo de 17% presentaron una inadecuación severa del entorno

Tabla 4 Distribución de la población según la Adaptabilidad

	Frecuencia	Porcentaje %
Perdida Grave	7	39%
Perdida Moderada	8	44%
Perdida Leve	3	17%
Total	18	100%

Gráfico 4 Distribución de la población según la Adaptabilidad



En cuanto a la adaptabilidad el 44% de la población presentó una pérdida moderada, el 39% una pérdida grave y un 17 % presentaron una pérdida leve de la adaptabilidad.

Tabla 5 Relación entre Adaptabilidad y funcionalidad

		ADAPTABILIDAD			TOTAL
		PERDIDA GRAVE	PERDIDA MODERADA	PERDIDA LEVE	
FUNCIONALIDAD	TOTALMENTE FUNCIONAL	1	2	1	4
		25%	50%	25%	100%
	PERDIDA SEVERA	0	1	0	1
		0%	100%	0%	100%
	PERDIDA MODERADA	4	4	1	9
		44,5%	44,5%	11%	100%
	PERDIDA LEVE	2	1	1	4
		50%	25%	25%	100%
TOTAL		7	8	3	18

Adaptabilidad es el producto de la funcionalidad más el entorno; por lo tanto, la funcionalidad va a tener una estrecha relación con la adaptabilidad; al relacionar la adaptabilidad con la funcionalidad se pudo evidenciar cuan proporcional es el uno del otro, que tan adaptable esta cada paciente de acuerdo a su funcionalidad o viceversa.

4.2 Análisis y discusión de resultados

El presente trabajo de investigación se realizó para diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2016, mediante la aplicación de una encuesta validada por docentes de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte el cual consistió en un cuestionario sobre actividades que las personas podían realizar.

La mitad de la población con un 50% presentó una pérdida leve de la funcionalidad, con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación, de la misma manera se evidenció dos grupos con un 22% para cada uno, con pérdida severa de la funcionalidad y totalmente funcional, y con un mínimo de 6% para 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, como se puede observar la mitad de la población presenta un pérdida leve de la funcionalidad lo que contrasta con la información revelada en el informe mundial de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en donde se dice que la tasa de la pérdida de la funcionalidad severa, en las personas con discapacidad, supera el 80%, la clasificación de la funcionalidad realizada por la OMS, se basa en la metodología empleada por la CIF la cual establece las deficiencias, limitaciones, restricciones y los factores contextuales como fundamentos básicos para establecer esta clasificación; los resultados encontrados en este estudio no concuerdan con las estadísticas mundiales una posible causa puede ser que el instrumento aplicado en este estudio no toma en cuenta los parámetros de la CIF, cabe mencionar que el formato de evaluación propuesto en este trabajo fue diseñado para aportar como una posible opción en la evaluación y diagnóstico de la funcionalidad. (19)

Una forma de medir la independencia es la capacidad que tiene el individuo para desarrollar las actividades de la vida diaria las cuales son todas aquellas que

intervienen en la capacidad del autocuidado (4); el nivel de independencia y la capacidad de autocuidado se reflejará en la calidad de vida del individuo; en este estudio, la mayoría de la población con el 67% presenta una dependencia severa, seguido por dos grupos con 17% para cada uno (dependencia escasa y dependencia moderada); estos datos indican que predomina la dependencia severa y si se toma en cuenta el estudio realizado por Oswaldo Acosta el cual menciona que existe una relación directamente proporcional entre el grado de independencia de las personas y el tiempo de vida, es decir que mientras más independiente es el sujeto mejor pronóstico y calidad de vida tendrá. (5); Por lo cual según este estudio la población estudiada se encuentra en situación de riesgo.

Al evaluar su situación en cuanto al entorno se puede observar que el 50% de los sujetos de estudio tienen una inadecuación moderada del entorno, seguido con el 33% un entorno totalmente adecuado y un mínimo de 17% presentaron una inadecuación severa del entorno, la adecuación del entorno es clave para determinar el nivel de accesibilidad que las personas tienen; cuando se habla de entorno se entiende como el medio, elementos y personas que facilitan el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales (41); este estudio concuerda con un estudio realizado en Colombia en donde se evaluó a 75 personas con discapacidad de las cuales aproximadamente el 70% carecían de un entorno adecuado, lo cual redujo la posibilidad de acceder a servicios básicos como es la educación y el trabajo uno de los factores que resaltaron este estudio fue la dificultad para desplazarse independientemente por fallas en la arquitectura de las instalaciones de las instituciones educativas, hogar y sitio de trabajo y también la carencia de medios de transporte para movilizarse. (42)

Si el efecto del entorno es fundamental en la independencia la adaptabilidad aún más ya que esta comprende el engrane del sujeto con el entorno; en cuanto a la adaptabilidad el 44% de la población presentó una pérdida moderada, el 39% una pérdida grave y un 17 % presentaron una pérdida leve de la adaptabilidad. Como se puede observar toda la población no tiene una adaptabilidad adecuada, lo que coincide

con un estudio realizado en el sector urbano del cantón Otavalo en donde el 100% de la población estudiada evidenció algún grado de pérdida en la adaptabilidad; pese a que al igual que el presente estudio la encuesta no proporciona información sobre el desarrollo de las actividades en los sujetos. (43)

La adaptabilidad es el producto de la funcionalidad más el entorno; por lo tanto, la funcionalidad va a tener una estrecha relación con la adaptabilidad; al relacionar la adaptabilidad con la funcionalidad se pudo evidenciar cuan proporcional es el uno del otro, que tan adaptable esta cada paciente de acuerdo a su funcionalidad o viceversa

4.3 Respuesta a las preguntas de investigación.

a) ¿Cuál es el nivel de funcionalidad que presentan las personas con discapacidad física?

La mitad de la población con un 50% presentó una pérdida leve de la funcionalidad con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación, de la misma manera se evidenció dos grupos con un 22% para cada uno con pérdida severa de la funcionalidad y totalmente funcional, y con un mínimo de 6% para pérdida moderada de la funcionalidad; como se puede observar la mitad de la población presenta una pérdida leve de la funcionalidad.

b) ¿Cuál es el nivel de adaptabilidad que presentan las personas con discapacidad física?

En esta investigación el 44% de la población presentó una pérdida moderada, el 39% una pérdida grave y un 17 % presentaron una pérdida leve de la adaptabilidad.

c) ¿Cuál es la relación de la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la parroquia el Jordán del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2016?

La funcionalidad va a tener una estrecha relación con la adaptabilidad; al relacionar la adaptabilidad con la funcionalidad se pudo evidenciar cuan proporcional es el uno del otro, que tan adaptable esta cada paciente de acuerdo a su funcionalidad o viceversa

4.4 Conclusiones

1. El 50% de la población encuestada tenía una pérdida leve de la funcionalidad, el 44% de la población encuestada presentó una pérdida moderada de la adaptabilidad.
2. Una gran parte de la población estudiada tiene algún grado de pérdida de la funcionalidad, lo cual afecta directamente con la adaptabilidad y la calidad de vida de las personas con discapacidad.
3. La adaptabilidad y la funcionalidad se complementan entre sí, sin dejar de lado el entorno.

4.5 Recomendaciones

1. Después de haber culminado con esta segunda etapa de macro proyecto es necesario seguir socializando sobre la importancia de la realización de este estudio ya que constituye un gran aporte sobre lo que compete investigación para la Universidad y la carrera.
2. Nuestra información estadística obtenida en este trabajo serviría como referente para estudios investigativos posteriores.
3. Es necesario establecer programas de intervención en este tipo de población a partir de la funcionalidad que las personas con discapacidad física tienen, con el objeto de potenciar y fortalecer las capacidades que estas tengan, garantizándose así un progreso en las actividades que sepan desarrollar.
4. Recomendar a los familiares, vecinos, y amigos que integren e incluyan a las personas con discapacidad las actividades de la vida diaria.
5. Incentivar la realización de estudios sobre discapacidades, no solo en la facultad de Ciencias de la Salud, sino en otras facultades para realizar trabajos multidisciplinarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solano Murillo, Damaris. Guía para la Evaluación de la Funcionalidad con Discapacidad Participantes. http://www.ina.ac.cr/biblioteca/biblioteca_central/evalfunc.pdf. [En línea] 2007. [Citado el: 16 de Enero de 2016.] http://www.ina.ac.cr/biblioteca/biblioteca_central/evalfunc.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en estudios de prevalencia Aplicación de la Clasificación Internacional. <http://www.paho.org/arg>. [En línea] 2012. [Citado el: 16 de enero de 2016.] <http://www.paho.org/arg>.
3. ONU. CEPAL. CELADE. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. <http://www.cepal.org/es/publicaciones>. [En línea] Abril de 2011. [Citado el: 16 de enero de 2015.] <http://www.cepal.org/es/publicaciones>.
4. *Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel*. Cid-Ruzafa, Juan y Damián-Moreno, José. 2010, Revista Española de Salud Pública, págs. 127-137.
5. *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales*. Acosta, Christian y González, Ana. 2010, Enseñanza e Investigación en Psicología, págs. 393 - 401.
6. Misión Solidaria Manuela Espejo. https://es.wikipedia.org/wiki/Misi%C3%B3n_Solidaria_Manuela_Espejo. [En línea] 12 de noviembre de 2010. [Citado el: 15 de Enero de 2016.] https://es.wikipedia.org/wiki/Misi%C3%B3n_Solidaria_Manuela_Espejo.
7. Vicepresidencia de la Republica del Ecuador. MISIÓN SOLIDARIA “MANUELA ESPEJO”. <http://web.archive.org/web/20121213215955/http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision.html>. [En línea] 12 de Diciembre de 2012. <http://web.archive.org/web/20121213215955/http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision.html>.
8. Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades. Registro Nacional de Discapacidades. [En línea] 10 de Septiembre de 2014. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/registro_nacional_discapacidades.pdf.
9. *Revisión teórica sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS*. Cáceres, C. 2004, Revista electrónica de audiolología, págs. 74-75.
10. *Políticas públicas y discapacidad en la Unión Europea*. Lizárraga, L. 2004, INIAP.
11. *Discapacidades en la antigüedad*. Canales, Victor Inzúa. Cit, pág. 77.

12. Carme Rosell, Emili Soro, Carme Basil. *Alumnado Con Discapacidad Motriz*. Barcelona : Grao, 2010.
13. Marcante, Karen J, y otros. *Nelson. Pediatría Esencial*. Madrid : Elseivers Saunders, 2010.
14. *Lesiones Medulares y Discapacidad: Revisión Bibliográfica*. Claudia Patricia Henao-Lema, Julio Ernesto Pérez-Parra. 2010, Aquichan.
15. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>. [En línea] 2016. [Citado el: 16 de Enero de 2016.] <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
16. Ministerio de Educación Colombia. Definición de la población. <http://www.colombiaprende.edu.co>. [En línea] 6 de Mayo de 2013. [Citado el: 16 de Enero de 2016.] <http://www.colombiaprende.edu.co>.
17. García, Egea y Sanchez, A. *clasificacion de la Organizacion Mundial de la salud sobre discapacidad*. s.l. : Organizacion Mundial de la Salud, 2001. págs. 15-30.
18. Egea García, Carlos y Sarabia Sánchez, Alicia. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf. [En línea] 2012. [Citado el: 13 de Enero de 2016.] http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf.
19. Organización Mundial de la Salud . Discapacidad y Salud. [En línea] Diciembre de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
20. Fernández, Juan. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento. [En línea] 6 de Diciembre de 2009. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272009000600002&script=sci_arttext.
21. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana De La Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, De La Discapacidad y de La Salud*. Santander : ELSEVIER, 2014.
22. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud*. s.l. : O.M.S., 2001.
23. Querejeta, G M. *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. 2003. pág. 18.
24. Perez del Molino, J, y otros. *Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico*. Segunda. Barcelona : Elsevier Masson, 2008. págs. 207-224.
25. Lobo, A, Santos, M P y Carvalho, J. *Anciano institucionalizado calidad de vida y funcionalidad*. s.l. : Rev. Esp. Geriatr Gerontol, 2007. págs. 22-6.

26. Robles García, Rebeca, y otros. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *http://www.scielo.org.mx*. [En línea] Enero de 2010. [Citado el: 15 de Enero de 2016.] <http://www.scielo.org.mx>.
27. Medina, B, Rodriguez, G R y Garcia Mena, L A. *La Abatimiento funcional y falla para recuperarse en funcion de la funcionalidad*. Mexico : Mc-Graw-Hill, 2007. págs. 130-134.
28. Sosa, O A, García, R N y González, G M. *Clinimetria fisica, mental y funcional del anciano*. Mexico : Mc-Graw-Hill Interamericana, 2007. págs. 192-205.
29. Michelli, Federico, y otros. *Tratado de neurología clínica*. Argentina : Ed. Médica Panamericana, 2002.
30. Palomino Aguado, Blanca. *Contribución de la adaptación y validación de la escala sis-16 (stroke impact scale) en el manejo de la rehabilitación de pacientes con ictus*. Madrid : Eprint, 2010.
31. D5 Creation. Escala de independencia funcional (FIM). *http://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=155*. [En línea] 2016. [Citado el: 15 de Enero de 2016.] http://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=155.
32. Paolinelli G, Carlo, y otros. Instrumento de evaluación. *http://www.scielo.cl/scielo*. [En línea] Enero de 2001. [Citado el: 15 de Enero de 2016.] <http://www.scielo.cl/scielo>.
33. Mirallas Martinez, J A y Real Collado, Maria C. Índice de Barthel o medida de independencia funcional Rehabilitacion. *http://www.elsevier.es*. [En línea] 2012. [Citado el: 16 de Enero de 2016.] <http://www.elsevier.es>.
34. Rodriguez, L P. *Medida de la Independencia Funcional. Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para Medicina Física y Rehabilitación*. New York : Research Foundation State University of New York, 1991.
35. *Desarrollo y Validacion de la Becad, un Instrumento de Evaluacion Basado en la Clasificacion Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Guillamon, Laura Mezquita. 2014, Revista Española Salud Publica, págs. 11-24.
36. Terapia ocupacional.blog.spot. Actividades de la vida diaria . [En línea] 2011. <http://terapeutas.blogspot.com/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>.
37. 2 Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas. Plan Nacional de Accesibilidad de Argentina. [En línea] s/f. http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/access/manual_accesibilidad.pdf.

38. Simian, María Paula. Estudio de accesibilidad de espacios público-privado en la ciudad de Temuco-Chile. Método de valoración de accesibilidad. [En línea] 2014. <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4518/5307>.
39. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. <http://www.buenvivir.gob.ec>. [En línea] Enero de 2016. [Citado el: 18 de Enero de 2016.] <http://www.buenvivir.gob.ec>.
40. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María. *Metodología de la Investigación*. México : Mc Graw Hill, 2010.
41. *Discapacidad y Dependencia: una Perspectiva de Género*. Soler, Alexander. Bilbao : Bilbao, 2008. XI Jornadas de Economía Crítica. págs. 1-25.
42. *Accesibilidad en la discapacidad física, el problema de este siglo*. Marínez, Javier, Ospina, Laura y Pino, Ibed. 13, 23 de Marzo de 2011, Revista de Salud Pública, Vol. 2, págs. 145-157.
43. Cerón, Lizbeth. *Diagnóstico de la Funcionalidad y de la Adaptabilidad de las personas con discapacidad física, en el sector urbano del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2014*. . Carrera de Terapia Física Médica, Universidad Técnica del Norte . Ibarra : UTN, 2015. Tesis de grado.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado



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

Estimado participante:

Selección aleatoria.

Usted ha sido seleccionado al azar para formar parte de esta encuesta y, por esta razón, deseamos entrevistarle. Esta encuesta de Adaptabilidad y funcionalidad de Discapacidad fue realizada por Docentes u 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 a participar en esta encuesta.

Por la presente, proporciono mi CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar en la encuesta de adaptabilidad y funcionabilidad de discapacidad.

Nombre:

Firma:

Padre o tutor:

Firma:

Anexo 2. Cuestionario de preguntas.

Funcionalidad

Evaluación de la motricidad gruesa

1. ¿Por favor, tóquese las rodillas con la mano derecha?

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

2. ¿Por favor, tóquese las rodillas con la mano izquierda?

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

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

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

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

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

5. ¿Por favor, 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, levante la mano derecha?

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

8. ¿Por favor, levante la mano izquierda?

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

9. ¿Por favor, tocarse los pies con la mano derecha?

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

10. ¿Por favor, tocarse los pies con la mano izquierda?

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

11. ¿Por favor, tocarse el pie derecho con la mano izquierda?

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

12. ¿Por favor, tocarse el pie izquierdo con la mano derecha?

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

13. ¿Por favor, pararse sobre el pie izquierdo?

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

14. ¿Por favor, pararse sobre el pie derecho?

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

15. ¿Por favor, mantener el equilibrio de pie ojos cerrados?

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

16. ¿Por favor, ponerse de rodillas sobre el suelo como gatito?

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

17. ¿Por favor, puede subir una altura de una grada alternando los pies repetidamente?

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

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

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

19. ¿Por favor, caminar diez pasos?

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

20. ¿Por favor, coloque fuera los objetos de la caja y colóquelos otra vez dentro?

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

21. ¿Por favor, colocar un vaso sobre otro?

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

22. ¿Por favor, repetir movimientos del encuestador (cabeza, aplauda, abrácese)?

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

23. ¿Tiene dependencia de medicación?

Si tiene	No tiene	No responde	No sabe

Evaluación de motricidad fina

24. ¿Por favor, pinte el gráfico?

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

25. ¿Por favor, una los puntos?

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

26. ¿Por favor, cortar por donde va la línea el papel?

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

27. ¿Puede decir el nombre de los objetos que el encuestador le va a mostrar?

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

28. ¿Por favor, puede hacer cara triste?

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

29. ¿Por favor, puede hacer cara feliz?

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

30. ¿Puede decirnos en que mes estamos?

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

31. ¿Puede mencionarnos la fecha de su nacimiento?

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

32. ¿Puede indicarme en 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 nombre con quien vive?

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

Adaptabilidad

35. ¿En su domicilio existe una persona destinada a su cuidado?

Si	No	No sabe	No responde

36. ¿Usted desayuna almuerzo y merienda?

Desayuna almuerzo y merienda	Otras	No responde

37. ¿Necesita de ayuda para bañarse?

Si	No	No sabe	No responde

38. ¿Necesita ayuda para una rutina diaria de aseo personal?

Si	No	No sabe	No responde

39. ¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?

Si	No	No sabe	No responde

**40. ¿Necesita ayuda para desplazarse con un instrumento o persona, etc?
Indique cuál?**

--

41. ¿Necesita ayuda para acostarse o levantarse de la cama?

Si	No	No sabe	No responde

42. ¿Necesita ayuda para salir de su casa?

Si	No	No sabe	No responde

43. ¿Necesita ayuda para realizar las actividades domésticas, como barrer, tender la cama, lavar los platos, etc.?

Si	No	No sabe	No responde

44. ¿Necesita ayuda para cocinar o servir los alimentos?

Si	No	No sabe	No responde

45. ¿Necesita ayuda para realizar compras, ir al médico, banco, iglesia, etc.?

Si	No	No sabe	No responde

46. ¿Necesita ayuda para subir o bajar escaleras?

Si	No	No sabe	No responde

47. ¿Necesita ayuda para administrar el dinero?

Si	No	No sabe	No responde

48. ¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales, etc.?

Si	No	No sabe	No responde

49. ¿Utiliza adecuadamente el servicio de transporte?

Si	No	No sabe	No responde

50. ¿Usted es maltratado dentro del hogar?

Si	No	No sabe	No responde

51. ¿Utiliza pañal?

Si	No	No sabe	No responde

52. ¿Usted se considera una persona discapacitada?

Si	No	No sabe	No responde

Anexo 3. Tablas de ponderación

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.

La encuesta está dividida en dos partes la una que corresponde a 34 preguntas para funcionalidad y la otra a 18 preguntas para adaptabilidad, con un total de 52 preguntas.

Tabla 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.

Para las preguntas de funcionalidad no se tomó en cuenta la pregunta referente a la medicación del paciente, ya que no especifica el tipo de medicamento que es ni para que esta siendo utilizado solo se la ha dejado como referencia. Al resto de preguntas se les ha dado un valor de un punto si el paciente responde que sí y el valor de cero puntos si el paciente no responde; con un máximo de 33 y un mínimo de 0. El número de preguntas contestadas por el paciente lo ubican en la columna de la izquierda lo que permite ubicarlo dentro del puntaje de funcionalidad con equivalencia numérica del 1 al 5 siendo 1 el puntaje más bajo y 5 el más alto, con su equivalencia cualitativa ubicado en la columna derecha; 5=totalmente funcional, 4=perdida leve de la

funcionalidad, 3=perdida moderada de la funcionalidad, 2=perdida grave de la funcionalidad, 1=perdida severa de la funcionalidad.

Tabla 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	Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	4
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA		¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 Inadecuación leve del entorno		
		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente?	SI=2	4 Inadecuación moderada del entorno	13-17 PÉRDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD	
				3 Inadecuación grave del entorno	Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		12	¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	2 Inadecuación severa del entorno	
				1 Inadecuación total del entorno	Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	RESULTADO DEL PACIENTE 6	3-7 PÉRDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD	2
					Paciente con dependencia	

0 Negaciones DEPENDEN CIA TOTAL		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5		severa e inadecuación grave del entorno 0-2 PÉRDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDA D Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
TOTAL	12		6		18	

Las preguntas de adaptabilidad fueron divididas en dos partes, las primeras 12 (35,37-47) que engloban la dependencia del paciente y los 6 restantes dirigidas al entorno (36,48-52). Para las primeras doce se tomó en cuenta el número de negaciones que el paciente respondería durante la encuesta, es decir a mayor número de negaciones menor dependencia, otorgándole 1 punto a cada pregunta. Y para el entorno se de las 6 preguntas se tomó las siguientes en consideración de su respuesta afirmativa; es decir si el paciente responde con una afirmación obtendría la siguiente puntuación asignada: 36=0.5pts., 48=2pts., 49=2pts, a estas dos preguntas se les otorgo un puntaje más alto debido a que son actividades que el paciente requiere de mayor esfuerzo al realizarlas. y 52=0.5pts.. Para la pregunta 50 y 51 se tomó en cuenta la negación del paciente para otorgarle la calificación es decir si el paciente responde con una negación obtendrá la calificación indicada: 50=0.5pts y 51=0.5pts.

El número de preguntas previamente identificadas para la dependencia ubican al paciente en la columna celeste, las preguntas orientas al entorno ubicaran al paciente en la columna amarilla; la suma de los resultados de estas dos columnas permitirán la ubicación del paciente en los resultados cualitativos y cuantitativos ubicados en las columnas de color verde siendo estos los siguientes: totalmente adaptable=5, perdida leve de la adaptabilidad=4, perdida moderada del adaptabilidad=3, perdida grave de la adaptabilidad=2 y perdida severa de la adaptabilidad=1.

Anexo 4 Fotos

Gráfico A6. 1 Aplicación de formulario paciente con discapacidad física de la comunidad el Jordán del cantón Otavalo.



Gráfico A6. 2 Aplicación de formulario madre de joven con discapacidad intelectual (PCI) de la comunidad el Jordán sector mercado Copacabana cantón Otavalo.



Gráfico A6. 3 Aplicación de formulario hija de persona con discapacidad física dela parroquia el Jordán sector línea férrea del cantón Otavalo.



Gráfico A6. 4 Aplicación de formulario madre de niño con discapacidad intelectual (PCI) parroquia el Jordán sector ciudadela Jacinto Collahuaso cantón Otavalo.



Gráfico A6. Aplicación de formulario persona con discapacidad física progresiva causa desconocida de la parroquia el Jordán sector ciudadela Jacinto Collahuaso cantón Otavalo.



Gráfico A6. 6 Aplicación de formulario persona con discapacidad física marcha descoordinada de la parroquia el Jordán sector ciudadela Jacinto Collahuaso cantón Otavalo.

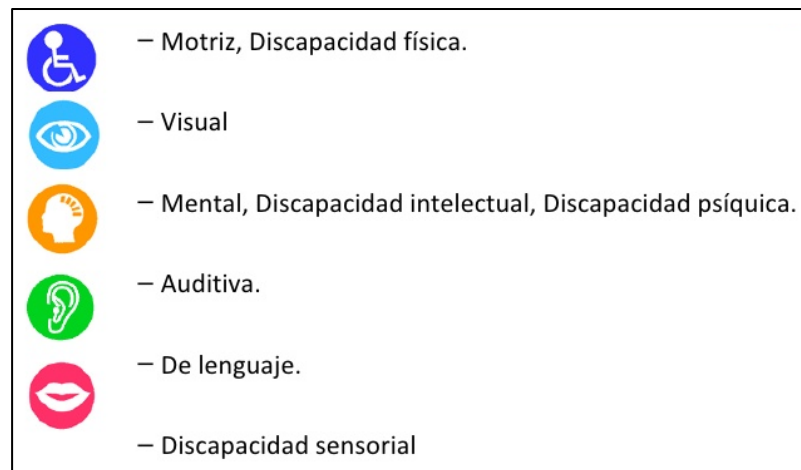


Gráfico A6. 7 Aplicación de formulario persona con discapacidad física dificultad para sujetar objetos de la parroquia el Jordán sector ciudadela Jacinto Collahuaso cantón Otavalo.



Anexo 5 Ilustraciones

Ilustración I7.1. Clasificación de la discapacidad



Fuente: (44)

Ilustración I7. 2 Proceso de funcionamiento de la discapacidad

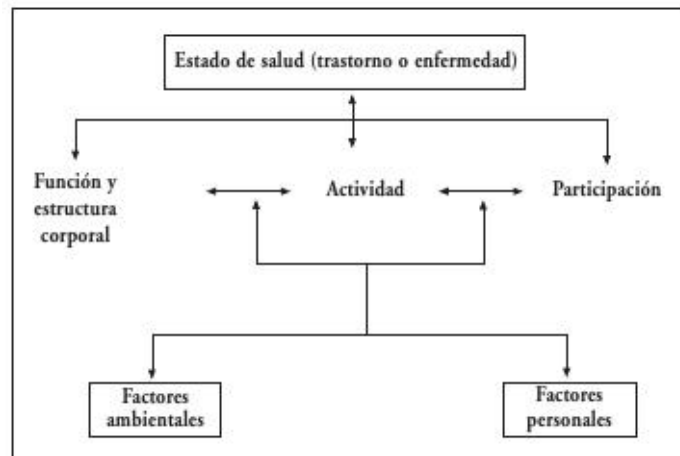


Fig. 1. Proceso del funcionamiento y la discapacidad.

Fuente. (45)

Ilustración I7. 3 Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL	
Comida:	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...)
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
Subir y bajar es caleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.
	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
Puntuaci3n Total:	

Fuente: (46)

Ilustraci3n I7. 4 M3todo FIM

Ítem	Sub-escalas	Dominio	FIM total
A. Alimentación	<i>Autocuidado</i>	<i>Motor</i>	<i>Total</i>
B. Aseo menor	35 puntos	91 puntos	126 puntos
C. Aseo mayor			
D. Vestuario cuerpo superior			
E. Vestuario cuerpo inferior			
F. Aseo perineal			
G. Manejo vesical	<i>Control esfinteriano</i>		
H. Manejo intestinal	14 puntos		
I. Cama-silla	<i>Transferencias</i>		
J. WC	21 puntos		
K. Tina o ducha			
L. Marcha/silla de ruedas	<i>Locomoción</i>		
M. Escalas	14 puntos		
N. Comprensión	<i>Comunicación</i>	<i>Cognitivo</i>	
O. Expresión	14 puntos	35 puntos	
P. Interacción social	<i>Cognición social</i>		
Q. Solución de problemas	21 puntos		
R. Memoria			

Fuente: (32)

Anexo 6. Localización

Extensión Territorial

El cantón Otavalo está situado en la zona norte del Ecuador y al sur oriente de la provincia de Imbabura. Tiene una superficie de 579 kilómetros cuadrados, según los nuevos límites otorgados por el Gobierno Municipal de Otavalo.

La ciudad de Otavalo se localiza al norte del callejón interandino a 110 kilómetros de la capital Quito y a 20 kilómetros de la ciudad de Ibarra, se encuentra a una altura de 2.565 metros sobre el nivel del mar.

http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA1/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/IMBABURA/OTAVALO/INFORMACION_GAD/03%20CANTON%20OTAVALO_PDOT/PDOT-Oavalo.pdf

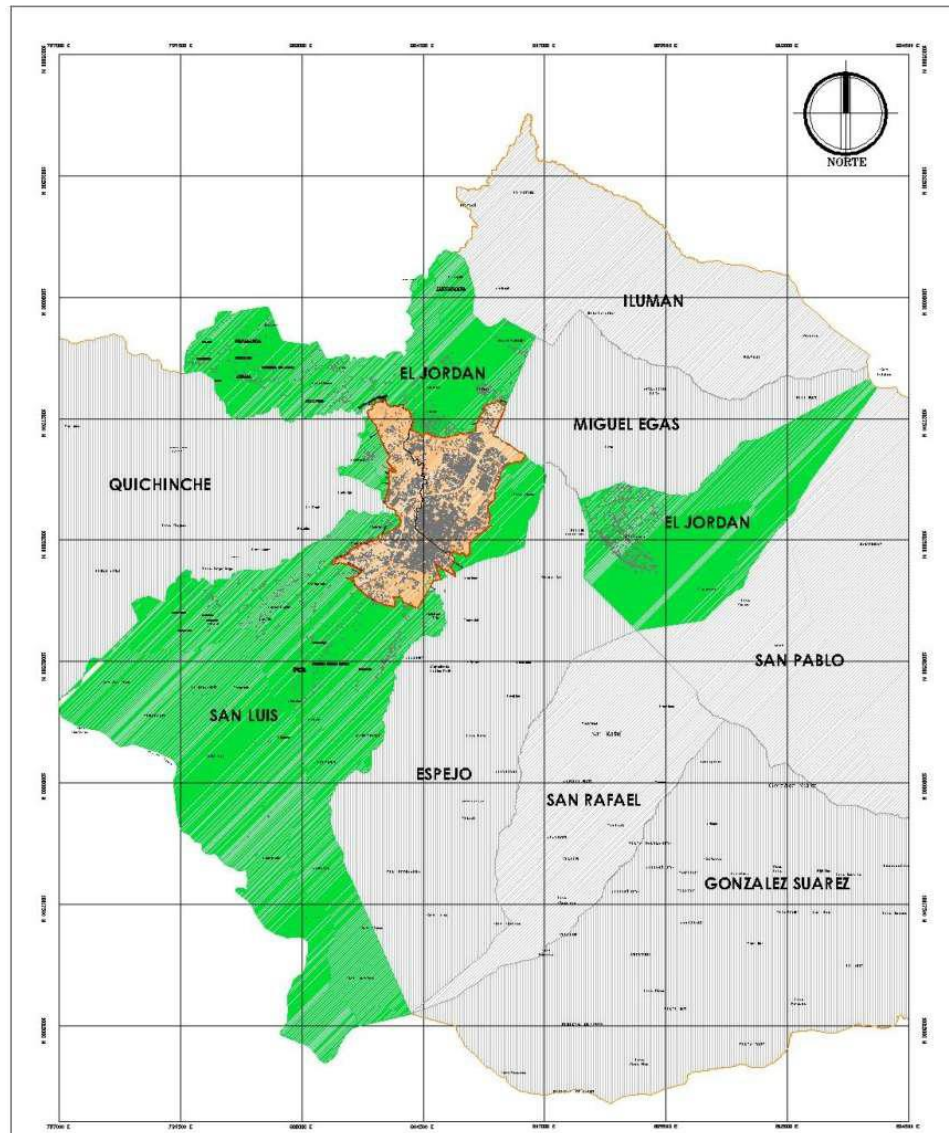
Límites Ilustración I7.5

El cantón de Otavalo se encuentra limitado: al norte con los cantones Cotacachi, Antonio Ante e Ibarra; al sur limita con el cantón Quito (Pichincha); al este con los cantones Ibarra y Cayambe (Pichincha) y al oeste con los cantones Quito y Cotacachi. La cabecera cantonal tiene dos parroquias urbanas tomando como referencia a la calle Juan Montalvo, dividiendo a la ciudad por el norte a la parroquia de El Jordán y el sur para San Luis.

La parroquia El Jordán incluye las comunidades de La parroquia urbana de El Jordán comprende las siguientes comunidades: Cotama, Guananci, Gualapuro, La Compañía, Camuendo, Libertad de Azama.

http://app.sni.gob.ec/sni-link/snxccccccccccccccccccccci/PDOT/ZONA1/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/IMBABURA/OTAVALO/INFORMACION_GAD/03%20CANTON%20OTAVALO_PDOT/PDOT-Oavalo.pdf

Ilustración I7. 5 Cantón Otavalo y sus parroquias. Parroquia urbana El Jordán



Fuente: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA1/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/IMBABURA/OTAVA_LO/INFORMACION_GAD/03%20CANTON%20OTAVALO_PDOT/PDOT-Oavalo.pdf

ABSTRACT

This research was done bearing in mind a previous accurate diagnostic in people functionality and adaptability with a sort of physical disability, in El Jordan parish, Otavalo canton, Imbabura province in 2016.

Methodology: This research was a sort of descriptive with a qualitative-quantitative approach; the design wasn't experimental with a transversal insight. This investigation took 18 disable people as a sample; the survey was direct with the help of "ODK collect" software.

Outcomes: In this research the half of population with a 50% showed off a slight lack of functionality with a slight functional restriction doing activities where balance is required. Regarding the adaptability 44% of population showed off moderate lack of adaptability, moderate dependence and moderate environment dependence as well.

In conclusion, most of the people in this case study showed off a kind of range of lack of functionality, which affects directly with the adaptability in their quality of life with a sort of disability. The adaptability of the functionality complements each other without neglecting the environment, weather we enhance one of them, the adaptability will improve as well.

