



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

Trabajo de grado previo a la obtención de Licenciatura en Terapia
Física Médica

TEMA:

**DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA
ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA DE LA COMUNIDAD DE ILUMÁN, CANTÓN OTAVALO,
PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014.**

Autora: Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar

Directora: Lic. Paulina Garrido

Ibarra, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Directora del trabajo de grado, titulado "Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014." de autoría de Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar el mismo que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección, ajustándose a lo establecido en el Reglamento General de la Facultad de Ciencias de la Salud.



Lic. Paulina Garrido

C.I. 100251644-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

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

DATOS DE CONTACTO			
Cédula de identidad:		171793160-2	
Apellidos y nombres:		Salgado Escobar Cynthia de las Mercedes	
Dirección:		Avda. General Enríquez y Sucre (Sangolquí, Rumiñahui, Pichincha)	
E-mail:		cynthiasalgado16@hotmail.com	
Teléfono fijo:	022081871	Teléfono móvil:	0984065095

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad de Illumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2014.
Autor (es):	Salgado Escobar Cynthia de las Mercedes
Fecha:	11-Mayo-2015

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO		
Programa	Pregrado X	Posgrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Terapia Física	
Asesor/director:	Lic. Paulina Garrido	

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar, con cédula de ciudadanía Nro. 171793160-2 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago la entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

Autora:


 Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar
 C.I. 171793160-2


 Nombre: Lic. Betty Chávez
 Cargo: JEFE DE BIBLIOTECA

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



Yo, Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar, con cédula de ciudadanía Nro. 171793160-2, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6 en calidad de autor del trabajo de grado denominado: **"Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2014"**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciado en Terapia Física, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, 11 de Mayo de 2015

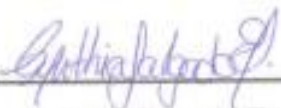
A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Cynthia Salgado Escobar", is written over a horizontal line.

Cynthia Salgado Escobar

C.I. 171793160-2

AUTORÍA

Yo, Cynthia de las Mercedes Salgado Escobar, portadora de la cédula de ciudadanía Nro. 171793160-2, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado denominado: **"Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2014."** y sus resultados, es de total responsabilidad de la autora, y que se ha respetado las diferentes fuentes de información realizando las citas bibliográficas correspondientes.



Cynthia Salgado Escobar

C.I. 171793160-2

DEDICATORIA

Con todo mi cariño dedico este trabajo a quienes hicieron hasta lo imposible para que yo pueda lograr este sueño, por motivarme y ser mi pilar cuando pensaba que el camino terminaba, esto es para ustedes Papis, les amo.

Te dedico a ti, a la estrella más brillante del firmamento, a ti, mi ángel de la guarda. Gracias por todo lo que me enseñaste y anhela que estuvieras a mi lado viendo mi sueño cristalizado, esto también es para ti Mamita Miche.

AGRADECIMIENTOS

“Si se siente gratitud y no se la expresa es como envolver un regalo y no darlo.”

William Arthur Ward

Agradezco a Dios, por regalarme la vida y permitirme llegar a cumplir uno de mis sueños.

A ti, Papi, por enseñarme que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo día a día. Gracias por ser mi ejemplo de perseverancia y arduo trabajo.

A ti Mami, gracias por tu inmenso amor, por tus incansables cuidados durante toda mi vida, tú me has enseñado que para alcanzar el cielo se debe tener los pies firmes en la tierra.

A mis hermanos, Pato y Vero, porque con sus abrazos me han reconfortado en mis peores momentos; gracias por alentarme siempre y exaltar mis virtudes.

A mis sobrinos, Wendy, Paula y Gabo; gracias por brindarme su sonrisa y así alegrar mis días.

A quién día a día me demuestra su amor, gracias Fran por hacer que mis días sean diferentes y por compartir mis sueños.

A la UTN, por abrirme las puertas para continuar mis estudios, y a la Lic. Paulina Garrido, quien acertadamente me acompañó y guio durante este trabajo.

INDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	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.....	V
AUTORÍA	VI
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTOS	VIII
INDICE DE CONTENIDOS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
TABLA DE CONTENIDOS.....	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	XVI

Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014.

Autora: Cynthia Salgado Escobar

Tutor: Lic. Paulina Garrido

RESUMEN

El presente trabajo, tiene como propósito diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de 16 personas con discapacidad física de la Comunidad San Juan de Ilumán, que fueron identificadas previamente. Se considera a esta investigación como fundamental ya que aporta con información teórica acerca de dicho diagnóstico, debido a la naturaleza de los datos es cuantitativa y cualitativa ya que el diagnóstico al que se llega se lo considera como valor numérico y a la vez permite interpretarlo de manera textual. Debido a la temporización esta investigación es de corte transversal. Resultados: 16 personas que fueron parte de la aplicación del instrumento, 44% de ellas se encuentra en un rango de edad entre 5 y 25 años, 63% pertenecen a la etnia indígena, del total ,50% son mujeres y 50% son hombres y el 37% de los evaluados tienen el carnet del Conadis, documento de identificación de personas con discapacidad. Se dio un diagnóstico individual de funcionalidad y adaptabilidad usando el método de ponderación, basado en: Índice de Barthel, la Escala de Medición de la Funcionalidad e Independencia (FMI), y la escala de Glasgow Modificada, y además se proporciona un análisis general de la población, realizado por medio de una tabulación; donde el puntaje en funcionalidad en que se localiza la población es de 4 cuya correspondencia es ***pérdida leve de la funcionalidad***, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación y en adaptabilidad el puntaje es de 4, que pertenece a ***pérdida leve de la adaptabilidad***, paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno.

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

Author: Cynthia Salgado Escobar

Tutor: Lic. Paulina Garrido

ABSTRACT

The objective of this work is to diagnose the functionality and adaptability of 16 people with physical disabilities in San Juan de Ilumán, who were identified previously. This research is important because it brings with theoretical information about the diagnosis, due a data nature, it is quantitative and qualitative because the diagnosis is considered as a numerical value, at the same time it can be interpreted literally. Due to the timing, this research is cross-sectional. The results are: 16 people were part of the instrument application, 44% of them are in an age range between 5 and 25 years, 63% belong to the indigenous ethnic, 50% are women and 50% are men and 37% has Conadis identity card, this document shows disability. It was possible to give an individual functionality and adaptability diagnosis, using the weighting method, it is based on: Barthel's rate, Measurement Functionality and Independence scale (IMF) and the Glasgow modified scale, and it also provides a general population analysis, made by a tabulation; where the functionality score in the population is located in 4, which correspondence is **slight loss of functionality**, mild functional limitation in activities requiring balance and coordination; and adaptability score is 4, which belongs **to slight loss of adaptability**, patients with low dependence and slight inadequacy physical environment.

Key words: *functionality, adaptability, disability.*

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
1. CAPÍTULO I.....	2
1.1. TEMA	2
1.2. PROBLEMA.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1. GENERAL.....	7
1.4.2. ESPECIFICOS.....	7
1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	8
2. CAPÍTULO II	9
2.1. DISCAPACIDAD.....	9
2.1.1. Definición	9
2.1.2. Antecedentes	10
2.1.3. Actualidad	12
2.1.4. Modelos	13
2.1.5. Etiología	14
2.1.6. Clasificación.....	15
2.1.7. Discapacidad en el Ecuador.....	16
2.2. DISCAPACIDAD FÍSICA	17
2.2.1. Definición	17
2.2.2. Etiología.....	17
2.2.3. Clasificación.....	18
2.2.4. Discapacidad física en el Ecuador.....	19
2.3. FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD	20
2.3.1. Funcionalidad.....	20
2.3.2. Adaptabilidad	25
2.4. SAN JUAN DE ILUMÁN.....	28
2.4.1. Historia.....	28
2.4.2. Geografía	28
2.4.3. Límites.....	28

2.4.4.	Población	29
2.4.5.	Clima.....	29
2.4.6.	División política	29
2.4.7.	Patrimonio.....	30
2.4.8.	Vivienda	31
2.4.9.	Atención médica.....	32
2.5.	ASPECTOS LEGALES	33
3.	CAPITULO III	40
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.3.	POBLACIÓN.....	41
3.4.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	41
3.4.1.	Variable independiente.....	41
3.4.2.	Variables dependientes.....	41
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
3.6.	MÉTODOS	43
3.6.1.	Teóricos	43
3.6.2.	Empíricos	43
3.6.3.	Estadísticos.....	44
3.7.	ESTRATEGIAS.....	44
3.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
3.9.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	45
4.	CAPÍTULO IV.....	46
4.1.	RESULTADOS	46
4.1.1.	DATOS GENERALES	46
4.1.2.	POR PACIENTE	50
4.1.3.	POR COMUNIDAD	66
4.2.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
4.3.	RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	71
5.	CAPITULO V.....	73
5.1.	CONCLUSIONES	73
5.3.	RECOMENDACIONES.....	74
5.4.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	75

5.5. BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜÍSTICA	78
5.6. ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 1	50
Tabla 2	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 2	51
Tabla 3	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 3	52
Tabla 4	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 4	53
Tabla 5	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 5	54
Tabla 6	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 6	55
Tabla 7	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 7	56
Tabla 8	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 8	57
Tabla 9	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 9	58
Tabla 10	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 10	59
Tabla 11	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 11	60
Tabla 12	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 12	61
Tabla 13	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 13	62
Tabla 14	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 14	63
Tabla 15	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 15	64
Tabla 16	Resultados de funcionalidad y adaptabilidad, paciente 16	65
Tabla 17	Cifras de discapacidad en Ecuador	83
Tabla 18	Cifras de discapacidad física en Ecuador	83
Tabla 19	Parte 1, CIF	84
Tabla 20	Parte 2, CIF	85
Tabla 21	Vivienda en San Juan de Ilumán	85

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro y gráfico 1 Distribución de las personas con discapacidad física según su edad	46
Cuadro y gráfico 2 Distribución de las personas con discapacidad física según su etnia	47
Cuadro y gráfico 3 Distribución de las personas con discapacidad física según su género	48
Cuadro y gráfico 4 Distribución de las personas con discapacidad física según la propiedad del carnet del Conadis	49
Cuadro y gráfico 5 Distribución según el puntaje de funcionalidad	66
Cuadro y gráfico 6 Distribución según el puntaje de adaptabilidad	67

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizada con el fin de diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad San Juan de Ilumán, con la ayuda de un instrumento de valoración de dichos factores.

En el primer capítulo se presenta la problemática de que no existe un diagnóstico de funcionalidad ni adaptabilidad en discapacidad física y la necesidad de realizarlo es para ver más allá de la discapacidad física de la persona; es decir visualizar a la persona con discapacidad física como un ente integral, conocer sus potenciales y también las debilidades. Los beneficiarios son 16 personas con discapacidad física que habitan en la comunidad San Juan de Ilumán, previamente identificadas.

El segundo capítulo sostiene la revisión bibliográfica y el respectivo análisis de toda la información referente a la discapacidad, sus diferentes concepciones hasta la actualidad, sus clasificaciones, la discapacidad física, la etiología, la discapacidad física en el Ecuador. También se da conceptos de funcionalidad y adaptabilidad que ayudan en el cumplimiento del objetivo del estudio, se da a conocer el aspecto legal que rige en nuestro país amparando a las personas con discapacidad física.

En el tercer capítulo se da a conocer el tipo y diseño de la investigación, la población a la que se evaluó, la identificación y operacionalización de las variables, los métodos teóricos, empíricos y estadísticos con los que realizó el estudio.

El cuarto capítulo, demuestra los resultados obtenidos de la investigación, se los expone en forma de cuadros por cada paciente, y se realiza la discusión de estos resultados.

El quinto capítulo, consta de las conclusiones a las que se llegó después de finalizar el trabajo de investigación y las recomendaciones que la autora sugiere, un glosario de términos y los anexos correspondientes.

1. CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1. TEMA

Diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad San Juan de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el período 2014.

1.2. PROBLEMA

La palabra diagnóstico según la Real Academia de la Lengua, significa determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos; en el ámbito médico se lleva a cabo este accionar. Dentro de fisioterapia, también se menciona un diagnóstico fisioterapéutico, siendo el que describe características de funcionamiento y discapacidad, considerando los referentes de cuerpo, individuo y sociedad para tomar decisiones en planeación, diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y reevaluación de estrategias de interacción en la promoción de la salud y prevención de la discapacidad o en rehabilitación e inclusión social. (Daza, 2007)

En cuanto a realizar el diagnóstico de cierta discapacidad, se la da un nombre corto como por ejemplo: síndrome de Down, parálisis cerebral, displasia de cadera, pie equino varo, entre otros calificativos; sin embargo se deja de lado el diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad de las personas que padecen la discapacidad en cuestión. Siendo parte de la funcionalidad la evaluación de la motricidad fina y gruesa y dentro de la adaptabilidad se toma en cuenta las actividades de la vida diaria.

A nivel de país, se reconoce a una persona con discapacidad física, después de un chequeo médico y la expedición de un carnet donde lo confirma y da el porcentaje de discapacidad que posee la persona, sin embargo no se da importancia a un tema novedoso en el medio de la fisioterapia del Ecuador, que es el diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad que posee esta persona; es así que la condición de salud por la que atraviesa pasaría a segundo plano; siendo lo más importante conocer las actividades que puede realizar la persona con discapacidad, conocer cómo se desenvuelve en el medio y gracias a estos datos poder potencializar sus habilidades y de una u otra manera mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad.

En el país el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, es el encargado de calificar a la discapacidad y menciona que dicha calificación entre otras cosas: implica la evaluación y diagnóstico de las deficiencias y discapacidades producto de una enfermedad genética, congénita o adquirida, accidente o ausencia de un miembro y la determinación del tipo, grado y porcentaje de la discapacidad. Desde esta perspectiva la calificación exige la participación de un enfoque multidisciplinario (CONADIS, 2014). Como herramienta para dicha calificación existe la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001) que constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud; siendo que la CIF no clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud; creando otro tipo de concepto para la discapacidad, él que permite aparte de conocer las deficiencias, conocer también las cosas positivas que engloba a la persona con discapacidad. Sin embargo en el Ecuador este término es poco conocido y no se aplica de manera regular en los temas de discapacidad.

Es necesario realizar un diagnóstico diferenciado en cada discapacidad y no solo catalogar a un grupo de personas con la discapacidad que posean, dicho diagnóstico deberá ser personalizado ya que al haber dos o más personas con la misma discapacidad, las condiciones de función y adaptación de cada una son diferentes.

Aun cuando se reconoce que el diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad en personas con discapacidad podría mejorar los resultados de la intervención fisioterapéutica en la práctica no se ha producido ningún estudio que contribuya al mejoramiento de este tema.

1.3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial se habla de que existen más de mil millones de personas con alguna forma de discapacidad; lo que equivale al 15% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2014). A nivel mundial la discapacidad se ve asociada de una manera significativa a los países cuyos ingresos son bajos, las mujeres y los ancianos son un grupo vulnerable, las personas con pocos ingresos económicos, desempleados, poca instrucción académica tiene mayor riesgo de discapacidad. La encuesta mundial de salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) manifiesta que los niños pertenecientes a familias pobres y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo elevado de discapacidad que los demás niños.

En América Latina y el Caribe, se estima que hay 140 millones de personas discapacitadas pero solo 3% tiene acceso a servicios de rehabilitación (Fluxá, 2014).

En Ecuador, el registro nacional de discapacidades da a conocer que en el país, distribuidos en sus provincias y cantones existen 397233 personas con algún tipo de discapacidad y 193905 personas con discapacidad física (CONADIS, 2014).

Dentro de la legislación ecuatoriana vigente, el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades que es el máximo organismo del Estado en materia de discapacidades, tiene personería jurídica de derecho público, es autónoma y pone al tanto del país en su portal web (CONADIS, 2014), normas jurídicas en discapacidad del Ecuador, en la que reúne normativas nacionales e internacionales como son: La Constitución de la República, Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento; la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, y así establecer un marco normativo

amplio y suficiente para la garantía y ejercicio de todos los derechos de las personas con discapacidad. Adicionalmente el Plan del Buen Vivir (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013), en su segundo objetivo menciona auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad; que guarda relación con el trabajo con los grupos de atención prioritaria entre los cuales están contempladas las personas con discapacidad.

Es por lo expuesto anteriormente que el proyecto a realizarse tiene un gran impacto social, en el ámbito de la discapacidad para que se mejore su atención médica y se eleve su calidad de vida; gracias a una evaluación de la funcionalidad y de la adaptabilidad a las personas con discapacidad física. Se espera que los datos que arroje esta investigación sean conocidos por los organismos encargados de la discapacidad física y así poder dar mayor y mejor atención a este grupo social, ya que el diagnóstico será más certero en el campo de la fisioterapia y así lograr de la mejor manera una inserción social ya que no se verá solo las deficiencias de las personas con discapacidad sino también se conocerán sus potenciales, gracias a la aplicación del instrumento de evaluación, y de esta manera difundir el uso de esta herramienta que sería de mucha utilidad dentro del área de terapia física.

Es necesaria la implementación de esta evaluación en el Cantón Otavalo, ya que existen 974 (CONADIS, 2014) personas con discapacidad física, distribuidas en todas sus parroquias, dato a la fecha de corte de Septiembre 2014; los beneficiarios directos del proyecto serán las personas con discapacidad física que habitan en la parroquia San Juan de Ilumán del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura; también el gremio de fisioterapeutas tanto estudiantes como profesionales, al ver que su campo de acción laboral es mucho más amplio del que se conoce.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

- Diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la Comunidad San Juan de Ilumán, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo 2014.

1.4.2. ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán.
- Evaluar la funcionalidad y adaptabilidad en las personas con discapacidad física, en la comunidad San Juan de Ilumán.
- Determinar la relación de funcionalidad y adaptabilidad entre las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán.

1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán?
- ¿Cómo evaluar la funcionalidad y adaptabilidad en las personas con discapacidad física, en la comunidad San Juan de Ilumán?
- ¿Cuál es la relación de funcionalidad y adaptabilidad entre las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán?

2. CAPÍTULO II MARCO TEORICO

2.1. DISCAPACIDAD

2.1.1. Definición

Para Saad Nagi (García & Hidalgo Checa, 2011), discapacidad es la limitación en la realización de papeles y tareas socialmente definidos, esperados de un individuo dentro de un entorno físico y sociocultural determinado, dicho concepto se mencionó por primera vez alrededor de 1976.

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2014) 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.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013), define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Se concuerda con los tres conceptos expuestos anteriormente ya que cada uno menciona que la discapacidad es una limitación, sin embargo ha ido evolucionando este concepto hasta llegar al de la CIF que se considera el más completo y a su vez este es adoptado por el órgano máximo en salud; donde se aumentan palabras tales como deficiencia, participación y restricción; siendo este concepto integral y válido.

2.1.2. Antecedentes

Desde tiempos de la mitología griega se evoca a la discapacidad, se puede confirmar con la aparición de Hefesto que fue el dios de la muleta de oro, era bastante feo, lisiado y cojo. Incluso se dice que al nacer, Hera lo vio tan feo que lo tiró del Olimpo. Tanto es así, que caminaba con la ayuda de un palo. En el arte, se le representa cojo, sudoroso, con la barba desaliñada y el pecho descubierto, inclinado sobre su yunque, a menudo trabajando en su caldera. (El Olimpo, 2014), y así se mencionan varios personajes de la mitología que pueden hacer atribución a la discapacidad como son: Brontes, Arges y Estéropes quizá no discapacitados físicos, sino visuales ya que solo tenían un ojo.

A lo largo de la historia de la humanidad, las discapacidades que eran fácilmente detectables eran desechadas, es decir que las personas con discapacidad eran asesinadas y su ciclo vital dependía de su capacidad de supervivencia, por lo que estaban obligados a vencer peligros para proseguir su existencia, apartándose de todo aquello que no le representaba ayuda para este fin. (Universidad de las Islas Baleares, 2014).

En la edad antigua, hablamos de los filósofos griegos, encontramos que Aristóteles en su obra *La Política* (Rosado, 2005) propone que ningún niño lisiado o deforme sea criado por sus padres.

Platón en su obra *República* menciona en cuanto a los vástagos de los sujetos carentes de valía y a los que nacen con malformaciones, las

autoridades los ocultarán como corresponde en un lugar secreto y evitarán que el hecho se difunda.

Siguiendo la edad antigua, en Mesopotamia ya se clasificó a la discapacidad en leve y severa, en el antiguo Egipto ordenaron que se respete a las personas con discapacidad fue el concepto mágico-religioso el que predominó y puso a Egipto en la vanguardia en el tema de discapacidad, en la antigua Grecia en cambio era concebida como un castigo por lo que si los niños nacían con algún tipo de discapacidad eran arrojados en un barranco, situación similar se vivió en la antigua Roma ya que las personas discapacitadas eran excluidas de sus familias. (Universidad del Valle, 2012).

La edad media fue considerada un retroceso en el tema, ya que a las personas con discapacidad se las consideraba enfermos y deformes, eran apartados y marginados, considerados anormales y olvidados, rechazados y temidos. Se les considera poseídas por espíritus infernales sometiéndolas incluso a prácticas exorcistas y en algún caso a la hoguera (LLerena, 2014). Así es como se construye un concepto de la anormalidad y del defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta la persecución, por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes o vagos (Rodríguez, 2012).

Empieza la edad moderna con la Revolución Francesa, donde la sociedad se involucró en el tema y reconoció la responsabilidad sobre el mismo, en Inglaterra se crea la ley de pobres (Nasso, 2011) que ayuda a las personas con discapacidad, en España la Reina Isabel la Católica crea el primer hospital para ayudar a los soldados con prótesis a cambio de un salario y por otro lado la burguesía capitalista saca a los discapacitados a las calles y les brindó ayuda creando instituciones especiales para niños, ciegos, sordos. (Universidad de las Islas Baleares, 2014).

En la edad contemporánea, cuando los países europeos y más tarde los Estados Unidos, vieron regresar del frente a numerosos jóvenes integrantes de sus ejércitos, con secuelas físicas y mentales adquiridas en

los enfrentamientos bélicos (Nasso, 2011), surge una gran responsabilidad en la rehabilitación a las discapacidades, por lo que en 1926 (Universidad de las Islas Baleares, 2014) se crea el primer centro de hidroterapia para pacientes con secuelas de poliomielitis en Estados Unidos y el Doctor Howard Rusk inicia un centro de convalecientes de guerra en Missouri, dando origen a un movimiento enfocado al tratamiento médico funcional (Amate & Vásquez, 2006).

En el siglo XX, en América del sur el tema de discapacidad se aborda inclusive desde la legislación de cada país, siendo que en un 62% existe una legislación específica que ampara a las personas con discapacidad. El 78% de los países de las américas, cuentan con instituciones responsables de la formulación de políticas estatales en rehabilitación a personas con discapacidad, y la ejecución de programas de rehabilitación se lleva a cabo en 51% de los países. (Amate & Vásquez, 2006)

En lo que a Ecuador se trata, en 1991 se publica el I plan nacional de discapacidades y un año más tarde se crea el Consejo Nacional de Discapacidades (Ekos Negocios, 2014), con la finalidad de que se responsabilice en la creación de políticas nacionales en el tema de discapacidad y ser un ente evaluador y jurídico de apoyo para este sector de la población ecuatoriana, con el gobierno actual se lo cambia de nombre y pasa a ser Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, el mismo que cuenta con varios programas que persiguen la inclusión social de las personas con discapacidad, también la inserción laboral gracias a leyes creadas desde el legislativo para el mismo fin.

2.1.3. Actualidad

Hoy en día hablar de personas con discapacidad es sinónimo de equidad, de oportunidades, de buen trato, de inclusión laboral; eso se lo evidencia en Ecuador con la creación del libro de normas jurídicas en discapacidad, que en sus páginas reza todo el articulado legal que les ampara a este grupo vulnerable de personas, existen reglamentos en cuanto a diversas áreas

como son: salud, educación, empleo, tributación, recreación, vivienda, entre otras.

Prueba de la inclusión que se ha vivido en los últimos años en el país, es que al cargo de vicepresidente del Ecuador llegó una persona con discapacidad física, Lenin Moreno, por el periodo 2007 – 2013, años en los cuales luchó incansablemente por el grupo de personas con discapacidad, es así que fundó la Misión Manuela Espejo, Programa Joaquín Gallegos Lara. Aún están vigentes pero bajo la creación de la Secretaría Técnica de Discapacidades.

Otro avance en nuestro país es incluir a las personas con discapacidad en el padrón electoral, es así que en las últimas elecciones del 23 de febrero del 2014, 304.108 (Ecuavisa, 2014) personas con discapacidad podían ejercer su derecho al voto siendo este asistido por una persona de su preferencia y voto preferente, es decir sin realizar la fila en la junta receptora del voto.

2.1.4. Modelos

Existen diversos modelos o teorías desde donde se aborda el tema de la discapacidad

- **Modelo tradicional**

Las deficiencias son consideradas como fruto de causas que el hombre no las puede controlar o modificar, a lo que la reacción es de rechazo.

- **Modelo biológico o médico**

Muchas de las enfermedades generaban, como producto final, déficits en el funcionamiento del individuo, que le inhabilitaban para desempeñar una vida normal, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias (Universidad de las Islas Baleares, 2014), en este modelo nacen las ayudas técnicas.

- **Modelo social**

Señala que la discapacidad aparte de ser la consecuencia de los déficits, es el resultado de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones las que están motivadas por factores ambientales (Munevar, 2014). Este modelo percibe a la discapacidad como un hecho social, en donde se conoce que el individuo experimenta desventajas ya que el entorno es incapaz de dar respuestas a las necesidades personales.

- **Modelo político activista de las minorías**

El individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha sido constantemente discriminado y explotado por la sociedad (Quiroz, 2014). El modelo localiza el gran problema de la discapacidad hasta la actualidad quizá pero porque la sociedad no es capaz de dar respuestas eficaces a las personas con discapacidad.

- **Modelo universal**

Menciona que la discapacidad es un hecho universal en el que toda la población está en situación de riesgo y considera a la discapacidad como una característica intrínseca de la condición humana (Munevar, 2014). Este modelo es el más importante ya que asegura que el ser humano en esencia está limitado, es decir que no existe alguna persona que posea todas las habilidades que le permita enfrentarse a las demandas de la sociedad.

- **Modelo biopsicosocial**

Se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud física-mental y los factores ambientales. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona (Muñoz, 2010).

2.1.5. Etiología

Según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, existen tres grandes causas que originan discapacidad:

- **Del desarrollo.-** se considera aquellas situaciones que suceden antes de los 22 años de edad en las que existe una pérdida de función.
- **Traumas.-** la discapacidad se da a causa de accidentes de tránsito o por violencia
- **Enfermedad crónicas.-** las enfermedades crónicas por lo general aparecen fortuitamente y la progresión de sus síntomas es gradual o con episodios agudos. Las personas que padecen este tipo de enfermedades experimentan cambios y alteraciones a nivel corporal, psíquico, social.

2.1.6. Clasificación

Según la parte afectada del cuerpo humano o la región que presenta la deficiencia se clasifica a la discapacidad en:

- **Discapacidad intelectual**

Es aquella que se presenta por la falta de concordancia, retraso o una dificultad para adquirir conductas básicas del ser humano como son el lenguaje oral, desarrollo físico y motor, autonomía personal.

El funcionamiento intelectual es inferior a la media y existen limitaciones en las habilidades de adaptación, comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, autodirección, salud, seguridad, trabajo, ocio, actividades escolares funcionales.

El coeficiente intelectual promedio es de 100, basado prueba Stanford-Binet, cuya fórmula es la edad mental dividida para la edad cronológica y este resultado multiplicado por 100 para eliminar decimales (Gerrig & Zimbardo, 2005). En base al coeficiente intelectual, está discapacidad puede ser leve con un CI entre 55 y 70, moderada entre 40 y 55, grave varía entre 20 y 40 y en la profunda es inferior a 20-25 (Gerrig & Zimbardo, 2005).

- **Discapacidad auditiva**

La OMS define como la disminución de la agudeza auditiva, y a las personas que la padecen les impide aprender su propia lengua, la hipoacusia implica una audición deficiente y se lo corrige por medio del uso de ayudas técnicas y lenguaje se habilita, mientras que en la sordera profunda no se admite la adquisición del lenguaje oral.

- **Discapacidad física**

Es el resultado de una deficiencia física, es decir existe una pérdida o anomalía en las estructuras anatómicas de los sistemas: óseo, articular, muscular, nervioso. Esta deficiencia causa la limitación en el área motora, control de los movimientos voluntarios por lo general de las extremidades superiores e inferiores.

- **Discapacidad visual**

Existen problemas vinculados con el anormal funcionamiento de la visión. Según la escala Wecker la agudeza visual va en un rango de 1 a 10 (Santillán, 2005) y se considera déficit visual cuando se presenta alguno de estos factores: agudeza visual igual o inferior a 0,1 obtenida con la mejor corrección o el campo visual igual o menor a 10 grados.

- **Discapacidad múltiple**

Se considera cuando existen dos o más tipos de discapacidades en la misma persona.

2.1.7. Discapacidad en el Ecuador

En el año 2014 se han evidenciado que en el Ecuador existen 397233 (CONADIS, 2014) personas con discapacidad y el ministerio de salud pública maneja la clasificación de la discapacidad de la siguiente manera y da a conocer el número de personas inmersas en ese grupo a nivel nacional. (CONADIS, 2014)

2.2. DISCAPACIDAD FÍSICA

2.2.1. Definición

La discapacidad física se define como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada (Rodríguez, y otros, 2011)

Este tipo de discapacidad se debe a deficiencias en el funcionamiento del o de los sistemas: óseo, articular, muscular o nervioso; y la discapacidad puede ser temporal o permanente.

2.2.2. Etiología

Prenatal (Amador & Márquez, 2011)

- Enfermedades infecciosas
- Intoxicación con óxido de carbono
- Hipertensión arterial materna
- Incompatibilidad Rh

Perinatal (Walker, 2014)

- Anoxia
- Anomalías placentarias
- Estrechamiento del canal de parto
- Prematuridad
- Bajo peso al nacer

Post natal (Rodríguez, y otros, 2011)

- Infecciones
- Accidentes
- Enfermedad sistémica
- Psicotraumas

- Desnutrición
- Sobredosis medicamentosa
- Actos de violencia
- Consumo de drogas y bebidas alcohólicas

2.2.3. Clasificación

Existen diversas clasificaciones pero se propone la siguiente: (Díaz & Alcedo Rodríguez, 1995)

1. *Discapacidad física motriz*

1.1 Sin afectación cerebral

1.1.1 Secuela de poliomielitis

1.1.2 Lesión medular

1.1.3 Amputación

1.1.4 Espina bífida

1.1.5 Miopatía

1.1.6 Escoliosis

1.1.7 Malformaciones congénitas

1.2 Con afectación cerebral

1.2.1 Parálisis cerebral

1.2.2 Enfermedad cerebro vascular

2. Discapacidad física por enfermedad

2.1 Asma

2.2 Epilepsia

2.3 Dolor crónico

2.4 Enfermedad renal

2.5 Enfermedad crónica

2.2.4. Discapacidad física en el Ecuador

193905 (CONADIS, 2014) personas con discapacidad física habitan en nuestro país, cuyos datos a nivel provincial se muestran en la tabla 21 (anexo).

2.3. FUNCIONALIDAD Y ADAPTABILIDAD

2.3.1. Funcionalidad

Dentro del diccionario de la real academia de la lengua española, se refleja que la palabra funcionalidad, es la capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos. (Real Academia Española, 2015)

Dentro del quehacer médico, para medir la funcionalidad que tiene una persona, se utiliza la escala de Glasgow basal o modificada que permite de manera prematura predecir la afectación que tiene la persona dando criterios numéricos, 5 para paciente sin discapacidad, 4 discapacidad leve, 3 discapacidad severa; sin embargo en los dos últimos valores es probable que exista una variación con el tiempo. (Castelo, 2015)

Dentro del instrumento de valoración, utilizado en este estudio; se menciona la valoración de equilibrio, coordinación, motricidad gruesa y fina; dentro de una evaluación general de la funcionalidad.

El equilibrio, es la capacidad para alcanzar y mantener el centro de gravedad del cuerpo sobre su base de sustentación en un medio sensorial determinado. Las reacciones de equilibrio son respuestas complejas basadas en un aprendizaje experimental previo en una situación de normal funcionamiento del sistema nervioso; las más comunes son las reacciones de enderezamiento que son automáticas y que llevan la cabeza y el tronco de vuelta a la línea media; y las reacciones de equilibrio, que se trata de reacciones pequeñas y a menudo imperceptibles que ayudan a mantener la postura y la posición durante el movimiento. (Porter, 2007)

Para realizar la evaluación del equilibrio son de utilidad escalas como la de Tinetti (Daza, 2007), la misma que evalúa el equilibrio y la marcha con el método de observación y utilizando calificadores numéricos de acuerdo a la capacidad de ejecución de acciones específicas, y la sumatoria de los mismos expresan si el equilibrio es bueno o no y si la persona es capaz de

caminar sin asistencia; es cierto que se le da un uso direccionado al ámbito geriátrico, sin embargo se lo puede aplicar en personas con discapacidad física; este test no es un análisis biomecánico de la marcha, es solo una evaluación funcional del movimiento corporal humano.

Se define a coordinación como la integración de movimientos voluntarios y automático para conseguir un objetivo motor; el sentido de la vista es indispensable para que exista coordinación. Para que este indemne este factor se requiere una buena combinación de movimientos que a la vez sean precisos y rítmicos, un buen equilibrio, la estabilización correcta de la parte del cuerpo que va a ejecutar la acción

Dentro de las pruebas de evaluación para la coordinación, está la apreciación de la bipedestación, la prueba índice nariz en la cual el fisioterapeuta pide al paciente que se toque con el dedo índice de una mano la punta de la nariz y se lo repite con la otra mano. La prueba de tándem, la cual solicita la paciente que camine siguiendo una línea recta imaginaria en el suelo, colocando un pie justo delante del otro y la prueba de marcha en la que le profesional observa la coordinación de la marcha y a su vez los posibles déficits que pueda presentar. (Evaluación básica del paciente neurológico, 2012)

La motricidad gruesa corresponde a movimientos coordinados de todo el cuerpo, coordinando grandes grupos musculares los cuales intervienen en el control postural, el equilibrio y los desplazamientos; dentro de las habilidades de este grupo se menciona pararse, sentarse, caminar, correr, subir y bajar escaleras. (Rubio & Zaldivar, 2012) Y la motricidad fina tiene que ver con los movimientos controlados y precisos de la mano, para un buen desarrollo de esta motricidad es necesario tener como base la estabilidad, la coordinación bilateral y registro de sensaciones.

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, la funcionalidad es un término genérico para referirse al funcionamiento y este a su vez es un vocablo global que comprende todas

las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano. De la misma manera comprende las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. (Solano, 2007)

La CIF se divide en dos partes, siendo la parte 1 la que corresponde a funcionamiento y discapacidad, y se la relaciona con el concepto de funcionalidad, cuyos conceptos son:

- **Funciones corporales**

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales.

- **Estructuras corporales**

Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

- **Actividad**

Es la realización de una tarea o acción por una persona.

- **Participación**

Es la acción de involucrarse en una situación vital.

- **Deficiencia**

La deficiencia de una estructura puede ser anomalía, defecto, pérdida o cualquier otra desviación en las estructuras corporales, sin embargo cabe recalcar que la deficiencia no es sinónimo de patología, sino que constituye la manera en que se manifiesta dicha patología.

Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. A su vez pueden ser leves o graves.

Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no necesariamente indican que esté presente una enfermedad o que el individuo sea considerado como enfermo.

Dentro de la estructura de la CIF, la deficiencia se considera un aspecto negativo del componente de funciones y estructuras corporales.

- **Limitaciones en la actividad**

Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño o realización de las actividades.

- **Restricciones en la participación**

Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

A la hora de realizar la evaluación de la funcionalidad en personas con discapacidad física, existen consideraciones a tomar en consideración: (Solano, 2007)

- Elegir lugares cómodos, seguros y de fácil acceso para las diferentes actividades de evaluación.
- Invertir el tiempo necesario para realizar una buena evaluación.
- Esperar un cierto momento para ver si la persona requiere o no de algún tipo de ayuda, o si busca sus propias compensaciones y adaptaciones.
- En el caso de pedir que se realice movimiento de precisión, es conveniente darle un poco más de tiempo.
- Cuando se va a recorrer alguna distancia, indicarle la existencia de obstáculos, antes de ejecutar la acción.
- Si se va acompañar en alguna actividad que se requiera caminar, se debe poner a su lado, adaptar el paso, en longitud y rapidez, al de la persona con discapacidad.

- Tener presente que algunas personas usan silla de ruedas, aunque puedan caminar, para tener energía y moverse más rápido, con independencia y autonomía.
- Para comunicarse con una persona en silla de ruedas, hay que hacerlo de frente y, sentado para quedar a su nivel visual.

2.3.2. Adaptabilidad

Se define a adaptabilidad como la capacidad que tiene una persona u objeto para acomodarse a las condiciones de su entorno o situación. (Real Academia Española, 2015)

La valoración de la adaptabilidad proporciona información acerca de las capacidades físicas de las personas para realizar con autonomía las actividades habituales que le permiten mantener el bienestar y la calidad de vida en el medio que le rodea. Recalcando que las actividades de la vida diaria se las divide en (Gálvez, Gómez, León, & Arcas, 2006):

- **Actividades básicas de la vida diaria.**- aseo, alimentación, vestido, deambulación.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria.**- cocinar, realizar compras, manejo del dinero
- **Actividades avanzadas de la vida diaria.**- empleo del tiempo libre, actividades sociales, comunitarias...

Entre las utilidades de realizar la valoración de este factor, en discapacidad física, está el identificar las áreas de incapacidad, las necesidades y los tipos de cuidados que tiene la persona, determina el tipo de rehabilitación que precisa la persona, llega a establecer pronósticos, planifica los cuidados y la necesidad de recursos.

El índice de Barthel, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. (Ramos, 2013)

La escala de independencia funcional o sus siglas FIM, consta de seis áreas de evaluación: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulación, comunicación y conocimiento social. (Machuca, León, & Barroso, 2006)

Otro factor a valorarse dentro de adaptabilidad, es el entorno donde se desenvuelve la persona con discapacidad. Es decir está involucrado el espacio físico donde vive, trabaja o estudia la persona con discapacidad física, las actividades que realiza sean estas sociales, recreacionales o vocacionales, los medios de transporte, la vida intrafamiliar, y las actitudes hacia la discapacidad.

Dentro de las partes de la CIF, la segunda parte es compatible con la adaptabilidad y que corresponde a factores contextuales.

Factores contextuales

Factores ambientales

Son todos los aspectos que influyen de manera externa en el contexto de la vida de un individuo, y la manera en la que influye en la vida del mismo. Dentro de estos factores se incluyen el espacio físico con todas sus características, las personas con que interrelaciona el individuo, las actitudes, los servicios, las políticas, reglas o leyes del lugar en donde se desenvuelve diariamente la persona. (Querejeta, 2004)

- **Individuales.-** es el entorno más cercano del individuo, es decir el hogar, lugar de trabajo o la escuela. También se incluyen a las personas con las que el individuo tiene contacto directo tales como miembros de su familia, amigos, compañeros.
- **Sociales.-** pertenecen a este nivel las estructuras sociales formales e informales que existe en la comunidad del individuo y que tienen un efecto en los mismos. Es decir las organizaciones laborales, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales. (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Depende de la influencia de los factores ambientales se los clasifica en facilitadores o barrera

- **Facilitadores**

Son todos aquellos factores contextuales ambientales en el entorno de una persona que mejoran su funcionamiento. (Querejeta, 2004) La finalidad de los facilitadores es prevenir que la deficiencia o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, entre ellos está el ambiente físico accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. (Organización Mundial de la Salud, 2001)

- **Barreras**

Pertencen a los factores contextuales ambientales, que al estar presentes o ausentes lo que hacen es limitar el funcionamiento y generar discapacidad, su influencia por ende es negativa. Dentro de estos se encuentra un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, los servicios, sistemas y políticas que impiden la correcta participación de las personas con una condición de salud diferente. (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Factores personales

Aquí se incluye todo lo particular de la vida y del estilo de vida de la persona, este aspecto no se clasifica dentro de la CIF pero está formado por características propias del individuo como género, raza, religión, edad, profesión, su forma física, sus hábitos, su comportamiento antes diversas situaciones, su personalidad.

Los factores anteriormente citados, pueden influir de manera positiva o negativa siendo facilitadores o barreras respectivamente.

2.4. SAN JUAN DE ILUMÁN

2.4.1. Historia

Lo que ahora es el territorio de la parroquia, antes se conocía como Churupamba, que quiere decir llano de churos, situado cerca del río Ambí. Y todo este espacio pertenecía a la hacienda Pinsaquí, perteneciente a la familia Jijón; donde se daba trabajo a los pobladores del pequeño lugar bajo la supervisión de un capataz llamado mayoral. Pero los trabajadores vivían en la parte baja de la hacienda lo que corresponde en la actualidad al subcentro de salud pero con la erupción del volcán Imbabura tuvieron que reubicarse y se asentaron donde ahora es Ilumán.

Es así como nace Ilumán, un 12 de Noviembre de 1886 es elevado a parroquia rural del Cantón Otavalo por Don Juan Nepomuceno (Encalada, 2009) y esta fecha año tras año es recordada con actos cívicos en honor a la parroquialización.

2.4.2. Geografía

La parroquia San Juan de Ilumán, pertenece al Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura y es una de sus nueve parroquias rurales; situado a una altura de 2600msnm, entre las coordenadas geográficas: 030.414 de latitud norte y 808.344 de longitud oeste. La parroquia está ubicada a 6,5 km al norte de la ciudad de Otavalo y a 14,5 km al sur de la ciudad de Ibarra, capital de la provincia de Imbabura. (Cevallos, 2011)

2.4.3. Limites

(Cevallos, 2011)

- Norte: parroquia San Roque que pertenece al cantón Antonio Ante
- Sur: parroquia Miguel Egas Cabezas-Peguche
- Este: con la cumbre del volcán Imbabura
- Oeste: con el cantón Cotacachi

2.4.4. Población

En la parroquia San Juan de Ilumán, existen 8.584 habitantes, lo que corresponde que un 2,15% del total de la población imbabureña habita en esta parroquia rural (Cevallos, 2011).

El 98% de los habitantes de la parroquia son en su mayoría indígenas de la nacionalidad Kichwa del pueblo étnico Otavalo y el restante 2% (Cevallos, 2011) lo conforma la población mestiza, producto de la colonización, mestizaje y emigración.

2.4.5. Clima

Predomina el clima templado, siendo la temperatura promedio 14°C. (Gobierno Provincial de Imbabura, 2014)

La precipitación oscila entre 750 a 1250 mm al año, existiendo meses de mayor precipitación que van de Octubre a Mayo que es la época de invierno, y la época seca que va de Junio a Septiembre.

2.4.6. División política

La superficie total del territorio parroquial asciende a 21 km² dentro de la cual se hallan nueve comunidades indígenas y el centro urbano de la parroquia que está habitado en su mayoría por una población mestiza la cual se halla conformada por once barrios.

Comunidades

- San Juan de Agualongo
- Ilumán Bajo
- Ángel Pamba
- Pinsaquí
- Carabuela
- San José de Jahua Pamba
- Sinsi Uco

- Capilla Centro
- Picuasi

Barrios

- Central
- Santo Domingo
- Ilumán Alto
- San Carlos
- Hualpo
- Rumilarka
- Rancho Chico
- Santa Teresita
- Guabo
- Cóndor Mirador
- Azares

2.4.7. Patrimonio

Dentro del patrimonio cultural que engloba San Juan de Ilumán, resalta la práctica de la medicina ancestral por parte de los Yachaks o curanderos, razón por la cual un gran número de personas acuden a ellos en búsqueda de alivio para sus dolencias y enfermedades.

Una creencia arraigada en esta parroquia es que las vertientes de agua son sagradas y consideradas sitios de sanación. Las cascadas que existen en este territorio son las de San Juan Pukyu, Soltero Pukyu, Serena Pukyu, Toro Pukyu, Rosas Pukyu, Kinti Pukyu, Kulimpunru Pukyu, el vocablo Pukyu es español significa manantial.

La tradición oral aparte de estar ligada a los mitos y leyendas, se suma el conocimiento y saberes ancestrales que la gente local mantiene para entender su entorno natural, el conocimiento tradicional local sobre el uso de la lana de borrego para la elaboración de sombreros, tapices, ponchos, sacos, chalinas. Además es de suma importancia para sus habitantes, el

conocimiento del ciclo agrícola, el aprovechamiento de los diferentes recursos naturales; todo esto constituye el patrimonio intangible preservado y que va de generación en generación, pero en la actualidad los habitantes jóvenes tienen poco interés en aprender todo esto por lo que ponen en riesgo su mantención.

Al patrimonio oral se suma el Kichwa, el mismo que progresivamente se va perdiendo, debido a que los mismos padres quitan el valor al idioma por ser poco práctico en el mundo globalizado, por el contrario día a día crece el interés por el aprendizaje del idioma inglés.

En cuanto a sus festividades, dentro del calendario se encuentra:

- 16 de Julio, Fiestas de la Virgen del Carmen
- 11 de Noviembre, Fiestas parroquiales
- Junio, Inty Raymi

2.4.8. Vivienda

La vivienda es más que la construcción física para la protección contra el clima y los elementos externos, se considera a la vivienda como un eje fundamental para el desarrollo de las capacidades tanto individuales como familiares. Además la vivienda puede ser el lugar de trabajo de sus integrantes y también considerado como un refugio seguro.

Si se recorre la parroquia San Juan de Ilumán, es notorio que el tipo de vivienda es inadecuado con lotes de terreno y una construcción improvisada, la mayoría de las construcciones tienen una dimensión de 85 metros de ancho, hechas a mano y elaboradas con barro, tapias hechas a mano.

2.4.9. Atención médica

El sub-centro de salud está ubicado en la cabecera parroquial y la atención al público es de lunes a viernes de 08H00 a 16H30. Sin embargo, el horario de trabajo no se cumple según los usuarios.

Siete profesionales laboran en esta entidad de salud: directora, médico rural, odontólogo, enfermera rural, interna de nutrición, auxiliar de enfermería y de odontología.

Según los datos del sub-centro, en el 2010, las causas más importantes de morbilidad están relacionadas con problemas del sistema respiratorio como gripes, bronquitis, laringitis y faringitis. Los problemas diarreicos, de parasitosis y de infecciones a la piel se encuentran entre los más comunes. Otras enfermedades como la vaginitis, desnutrición, neumonía y, gastritis se encuentran entre las más notables (Cevallos, 2011).

2.5. ASPECTOS LEGALES

El trabajo de investigación guarda relación con los siguientes artículos:

- **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008**

Art 47.- Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social

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

6.- Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.

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

Art 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1.- La inclusión social, mediante planes, programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.

5.- El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

- **LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES** (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2012)

Art 1.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Artículo 6.- Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

Artículo 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

Artículo 8.- Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional creará el Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad, con sus respectivos procedimientos e instrumentos técnicos, el mismo que será de estricta observancia por parte de los equipos calificadores especializados.

Artículo 9.- Calificación.- La autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud realizará la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores especializados en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad.

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita.

La autoridad sanitaria nacional capacitará y acreditará, de conformidad con la Ley y el reglamento, al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de la condición de discapacidad.

Artículo 10.- Recalificación o anulación de registro.- Toda persona tiene derecho a la recalificación de su discapacidad, previa solicitud debidamente fundamentada.

Artículo 12.- Documento habilitante.- La cédula de ciudadanía que acredite la calificación y el registro correspondiente, será documento suficiente para acogerse a los beneficios de la presente Ley; así como, el único documento requerido para todo trámite en los sectores público y privado. El certificado de votación no les será exigido para ningún trámite público o privado.

En el caso de las personas con deficiencia o condición discapacitante, el documento suficiente para acogerse a los beneficios que establece esta Ley en lo que les fuere aplicable, será el certificado emitido por el equipo calificador especializado.

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.

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.

Artículo 23.- Medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución.- La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes.

Las ortesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.

Artículo 42.-Derecho a la cultura.- El Estado a través de la autoridad nacional competente en cultura garantizará a las personas con discapacidad el acceso, participación y disfrute de las actividades culturales, recreativas, artísticas y de esparcimiento; así como también apoyará y fomentará la utilización y el desarrollo de sus habilidades, aptitudes y potencial artístico, creativo e intelectual, implementando mecanismos de accesibilidad.

Artículo 56.-Derecho a la vivienda.- Las personas con discapacidad tendrán derecho a una vivienda digna y adecuada a sus necesidades, con las facilidades de acceso y condiciones, que les permita procurar su mayor grado de autonomía.

Artículo 58.-Accesibilidad.- Se garantizará a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad.

Artículo 60.-Accesibilidad en el transporte.- Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder y utilizar el transporte público.

Los organismos competentes en tránsito, transporte terrestre y seguridad vial en las diferentes circunscripciones territoriales, previo el otorgamiento de los respectivos permisos de operación y circulación, vigilarán, fiscalizarán y controlarán el cumplimiento obligatorio de las normas de transporte para personas con discapacidad dictadas por el Instituto Ecuatoriano de Normalización y establecerán medidas que garanticen el acceso de las personas con discapacidad a las unidades de transporte y aseguren su integridad en la utilización de las mismas, sancionando su inobservancia.

- **PLAN DEL BUEN VIVIR** (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

Objetivo 2.- Mejorar la calidad de vida de la población

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

c. Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario.

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

b. Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.

d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.

k. Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.

3.8. Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente

a. Garantizar el acceso libre, seguro e incluyente a espacios, infraestructura y equipamiento público y comunitario de manera sostenible.

3.9. Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna

a. Promover el desarrollo de programas habitacionales integrales accesibles a personas con discapacidad y adecuados a las necesidades de los hogares y las condiciones climatológicas, ambientales y culturales, considerando la capacidad de acogida de los territorios.

b. Incentivar una oferta de vivienda social que cumpla con estándares de construcción y garantice la habitabilidad, la accesibilidad, la permanencia, la seguridad integral y el acceso a servicios básicos de los beneficiarios: transporte público, educación, salud, etc.

3.12. Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes seguros y sustentables a nivel local e intra-nacional.

a. Incentivar el uso del transporte público masivo, seguro, digno y sustentable, bajo un enfoque de derechos.

b. Promocionar y propiciar condiciones y espacios públicos bajo normas técnicas que incentiven el uso de transportes no motorizados como alternativa de movilidad sustentable, saludable e incluyente.

3. CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el grado de abstracción, este trabajo se trata de una **investigación aplicada** ya que se propone diagnosticar, por el grado de generalización es **investigación fundamental** ya que con este trabajo se aporta información teórica acerca del diagnóstico de la funcionalidad y adaptabilidad en discapacidad física.

A este estudio, lo podemos definir como una **investigación descriptiva**, ya que se describen a los hechos tal y como son observados, también se lo puede clasificar dentro de **estudio de caso**, porque se va a investigar a un cierto número de personas que fueron pre-seleccionadas, observar su situación actual y las interacciones que tienen con el medio.

Tomando en cuenta la naturaleza de los datos, este estudio es **cualitativo**, es decir se interpreta el problema del grupo a ser estudiado. También al dar un diagnóstico de la adaptabilidad y funcionalidad usando valores predeterminados se considera una investigación **cuantitativa**.

Según la temporización, este trabajo de investigación es de **corte transversal**, la cual se realizará en un tiempo corto y permite estudiarlo de manera rápida, práctica y económica.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es **no experimental** ya que se observa al fenómeno de estudio tal y como sucede dentro del contexto natural, y después del estudio se analizan los resultados, es decir la recolección de información y de datos sucede en un solo momento.

3.3. POBLACIÓN

Se evaluó a 16 personas con discapacidad física previamente identificadas en la primera fase del macro proyecto; las mismas habitan en los barrios Cóndor Mirador, Rancho Chico, Azares, Guabo, Hualpo, Santo Domingo, Santa Teresita, San Carlos e Ilumán Central de la parroquia San Juan de Ilumán, en el Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura.

3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

3.4.1. Variable independiente

- Discapacidad física

3.4.2. Variables dependientes

- Funcionalidad
- Adaptabilidad

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Discapacidad física

Conceptualización	Categorías	Indicadores
La discapacidad física es el resultado de una deficiencia en el sistema óseo, articular, muscular o nervioso, que causa una limitación en el desempeño motor de una persona.	Grado de discapacidad	Leve Moderado Severo

Variable dependiente: Funcionalidad

Conceptualización	Categorías	Indicadores
Término que engloba las funciones corporales, actividades y participación para saber la capacidad que tiene el ser humano para actuar.	Totalmente funcional	5
	Pérdida leve	4
	Pérdida moderada	3
	Pérdida grave	2
	Pérdida severa	1

Variable dependiente: Adaptabilidad

Conceptualización	Categorías	Indicadores
Es la cualidad de todo ser humano de acoplarse al medio externo donde se desenvuelve	Totalmente adaptable	5
	Pérdida leve	4
	Pérdida moderada	3
	Pérdida grave	2
	Pérdida severa	1

3.6. MÉTODOS

3.6.1. Teóricos

Revisión bibliográfica.- se refiere a todas las actividades relacionadas con la búsqueda de información acerca del tema de este trabajo y posterior hacer un examen a dicha información para saber lo que se tomara en cuenta en el trabajo.

Inductivo.- se estudia por medio de casos particulares, hasta llegar al principio general que lo rige; ya que se evaluará a los 16 pacientes de manera individual, pero el resultado se puede generalizar ya que se refiere al tema global que es discapacidad física.

Deductivo.- se infieren proposiciones universales hasta llegar a los hechos particulares, es decir que parte de la discapacidad física para llegar a estudiar los 16 casos en esta investigación.

Analítico.- gracias al análisis se estudian los hechos en el colectivo y se determina la importancia, la relación que existe entre ellos.

3.6.2. Empíricos

Encuesta.- cuestionario digital, a través de la aplicación móvil “ODK Collect”, compuesto de preguntas de información general de la persona con discapacidad física, y de 51 preguntas politómicas, varias de ellas, acciones que se pide ejecutar a la persona con discapacidad física para obtener una respuesta.

Observación.- fue de gran ayuda este método a la hora de asignar una respuesta a cada comando que se le dio a la persona evaluada.

3.6.3. Estadísticos

Hoja de cálculo (Excel).- gracias a las funciones que brinda Excel, la ponderación del instrumento se realizó de manera sencilla, y se obtuvo el resultado numérico en cuanto a funcionalidad y adaptabilidad. Lo que corresponde a la tabulación que es la expresión de datos numéricos en tablas y gráficos se logró gracias a este método.

3.7. ESTRATEGIAS

En un primer momento se identificó a la Comunidad San Juan de Ilumán y se conoció su contexto, gracias a una reunión que se llevó a cabo con la secretaria de la junta parroquial, se dio a conocer la actividad que se iba a realizar y se entregó un listado de los participantes; la persona de la junta parroquial brindó referencias domiciliarias de cada una de ellas. Las 16 personas con discapacidad fueron seleccionadas después de un censo, actividad que corresponde a la primera fase del macro proyecto emprendido por la carrera de Terapia Física.

Previo a la aplicación del instrumento de valoración, se brindó la capacitación pertinente para llevar a cabo dicha actividad; posterior a esto se registró las evaluaciones a todas las personas con discapacidad física de la comunidad.

Los datos que surgieron de dicha evaluación, ingresaron a la hoja de cálculo, Excel, para realizar la ponderación y así obtener los puntajes de funcionalidad y adaptabilidad, y luego realizar una tabulación con el fin de conseguir un análisis poblacional de dichos factores.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de empezar con la evaluación a las personas con discapacidad física se entregó en versión física el consentimiento informado, se procedió a una lectura clara del mismo, se respondió a todas las dudas que las personas tenían, con la respectiva explicación clara y detallada de lo que iban a realizar y posterior a esto, cuando las personas estaban de acuerdo en participar de esta evaluación, se les pidió la firma sea de la persona con discapacidad física o a algún familiar, en casos se procedió a la toma de la huella digital.

3.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

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

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

4. CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

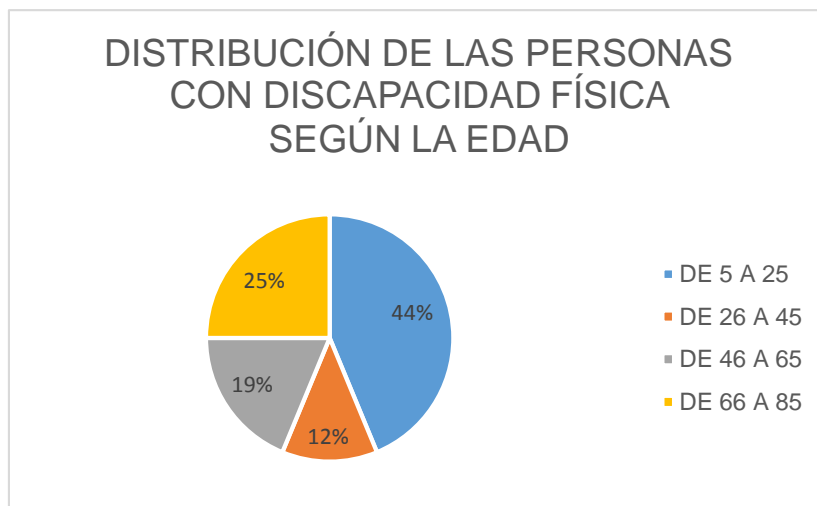
4.1. RESULTADOS

4.1.1. DATOS GENERALES

Cuadro 1

Edad	
DE 5 A 25	7
DE 26 A 45	2
DE 46 A 65	3
DE 66 A 85	4
TOTAL	16

Grafico 1



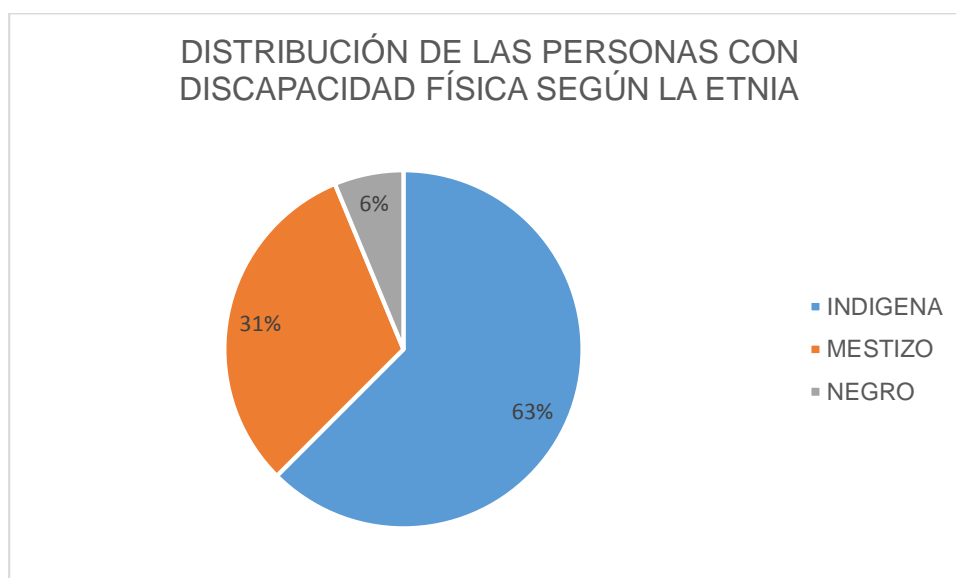
Análisis

Se puede informar que del 100% de las personas con discapacidad física que fueron evaluadas, el 44% de ellas se encuentran en el rango de edad entre 5 y 25 años, y el grupo minoritario del 12% tiene entre 26 y 45 años de edad.

Cuadro 2
Etnia

Indígena	10
Mestizo	5
Negro	1
TOTAL	16

Grafico 2



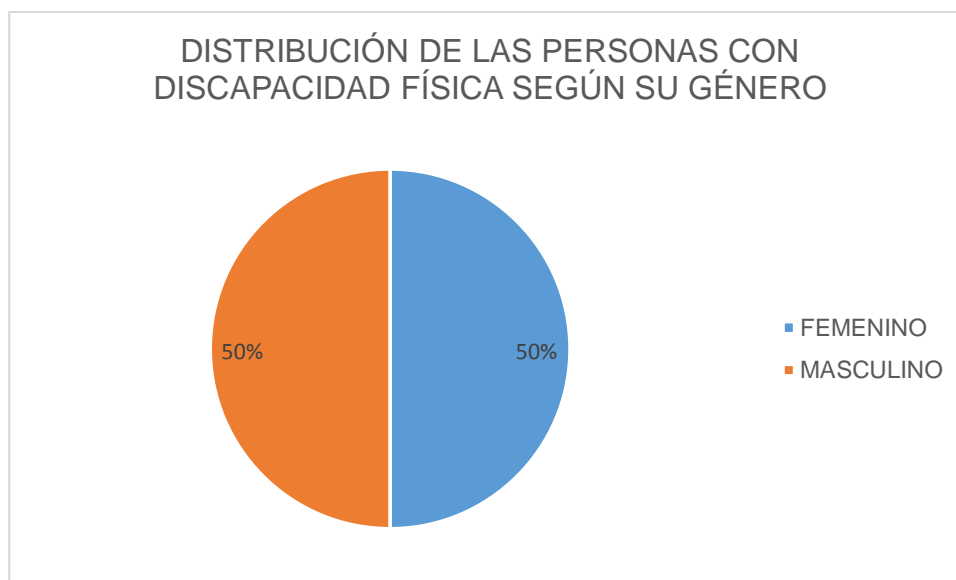
Análisis

Se puede informar que del 100% de personas con discapacidad que fueron evaluadas, el valor representativo, 63% corresponden a personas indígenas, mientras que un 31% se considera mestizo y el 6% se considera de raza negra.

Cuadro 3
Género

Femenino	8
Masculino	8
TOTAL	16

Grafico 3



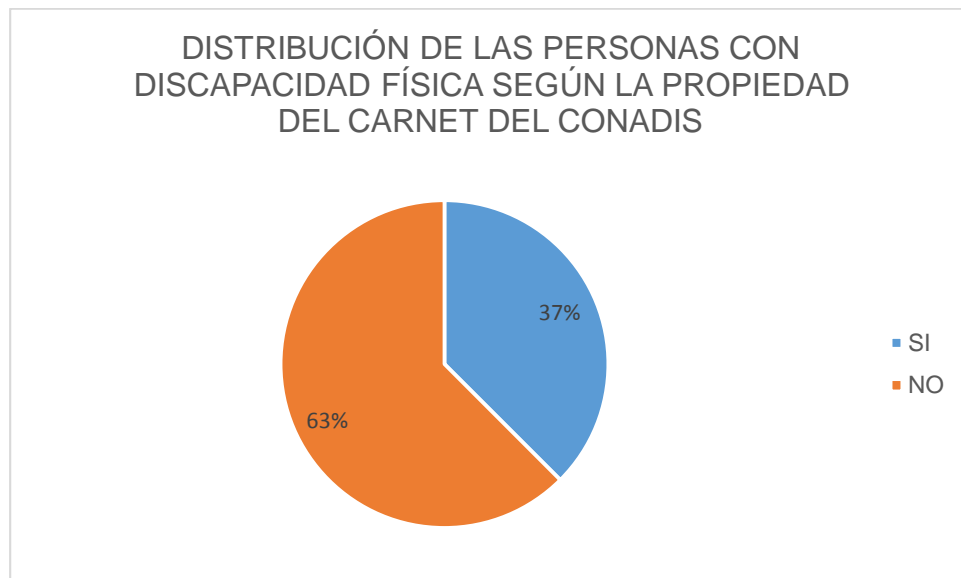
Análisis

La distribución de personas con discapacidad física por su género en este caso es igualitaria ya que el 50% pertenecen al género masculino y el 50% al género femenino.

Cuadro 4
Carnet del Conadis

SI	6
NO	10
TOTAL	16

Grafico 4



Análisis

Según la propiedad del carnet del Conadis, tan solo el 37% de personas con discapacidad física poseen este documento, que son la minoría; y el 63% no lo tienen.

4.1.2. POR PACIENTE

- Paciente 1

Tabla 1

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
26	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
5	2	Pérdida grave de la adaptabilidad Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

- Paciente 2

Tabla 2

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
33	5	Totalmente funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
15,5	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 3

Tabla 3

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
26	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
15	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 4

Tabla 4

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
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

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
1,5	1	Pérdida severa de la adaptabilidad Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno

- Paciente 5

Tabla 5

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
32	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
6,5	2	Pérdida grave de la adaptabilidad Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

- Paciente 6

Tabla 6

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
29	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
14,5	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 7

Tabla 7

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
26	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
12	3	Pérdida moderada de la adaptabilidad Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno

- Paciente 8

Tabla 8

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
10	2	Pérdida grave de la funcionalidad Limitación funcional grave del equilibrio y coordinación. Limitación funcional grave de la motricidad gruesa y severa de motricidad fina

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
3,5	2	Pérdida grave de la adaptabilidad Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

- Paciente 9

Tabla 9

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
25	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
5	2	Pérdida grave de la adaptabilidad Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

- Paciente 10

Tabla 10

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
25	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
11,5	3	Pérdida moderada de la adaptabilidad Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno

- Paciente 11

Tabla 11

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
19	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

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
9	3	Pérdida moderada de la adaptabilidad Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno

- Paciente 12

Tabla 12

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
33	5	Totalmente funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
13,5	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 13

Tabla 13

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
27	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
12,5	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 14

Tabla 14

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
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

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
3	2	Pérdida grave de la adaptabilidad Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno

- Paciente 15

Tabla 15

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
33	5	Totalmente funcional Paciente sin alteración de la funcionalidad

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
13	4	Pérdida leve de la adaptabilidad Paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno

- Paciente 16

Tabla 16

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE FUNCIONALIDAD	RESULTADO FUNCIONALIDAD
28	4	Pérdida leve de la funcionalidad Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

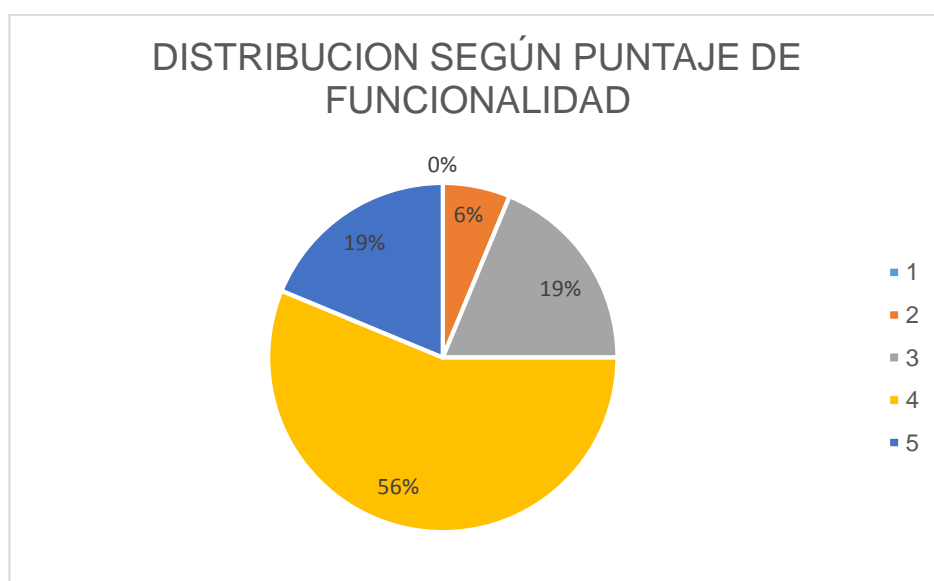
PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE	PUNTAJE DE ADAPTABILIDAD	RESULTADO ADAPTABILIDAD
18	5	Totalmente adaptable Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado

4.1.3. POR COMUNIDAD

Cuadro 5

Puntaje de funcionalidad	
PUNTAJE	FRECUENCIA
1	0
2	1
3	3
4	9
5	3
TOTAL	16

Grafico 5



Análisis

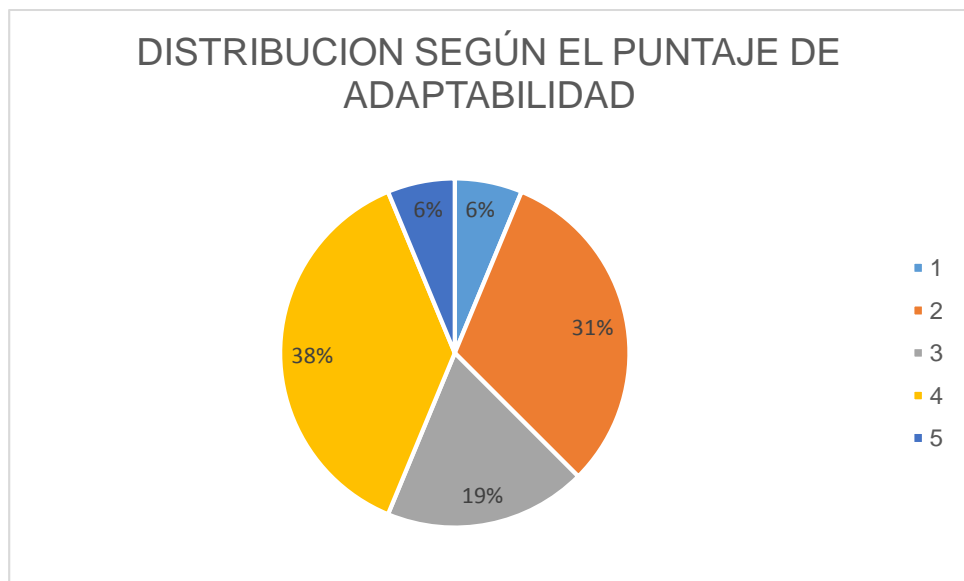
Se puede informar que del 100% de personas con discapacidad física evaluadas, luego de una ponderación individual, el 56% de ellas obtuvieron un puntaje de funcionalidad de 4 que corresponde a **pérdida leve de la funcionalidad**, es decir leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación, siendo los resultados obtenidos de la ponderación entre 25 y 32/33.

Cuadro 6

Puntaje de Adaptabilidad

PUNTAJE	FRECUENCIA
1	1
2	5
3	3
4	6
5	1
TOTAL	16

Grafico 6



Análisis

Del 100% de personas con discapacidad que fueron evaluadas, el 38% de las mismas obtuvo un puntaje de 4 en adaptabilidad lo que corresponde a **pérdida leve de la adaptabilidad**, paciente con dependencia escasa e inadecuación leve del entorno. El siguiente valor representativo es el 31% de las personas obtienen un puntaje de 2 que corresponde a **pérdida grave de la adaptabilidad**, paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno; y el 6% es el valor minoritario que se halla en dos puntajes, 1 que significa **pérdida severa de la adaptabilidad**, paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno y también el puntaje 5 que pertenece a **totalmente adaptable**, paciente independiente con un entorno totalmente adecuado.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

16 pacientes fueron sometidos a la evaluación con el instrumento proporcionado por los docentes de la carrera, en este material se pudo valorar motricidad fina y gruesa, equilibrio y coordinación, dependencia de la persona con discapacidad física y el entorno donde habita.

En la sección de datos generales de la persona evaluada, se informa que el 44% del total corresponden a una frecuencia de edad entre los 5 y 25 años de edad, el 63% de ellos se consideran de etnia indígena, en cuanto al género existe un valor equitativo siendo 50% hombres y 50% mujeres que fueron sometidos a la aplicación del instrumento, con lo que respecta a la tenencia del carnet del Conadis, la minoría es decir un 37% de las personas con discapacidad poseen este documento.

Dando un análisis general de toda la población evaluada, en cuanto a funcionalidad el puntaje predominante es 4, es decir el 56% de las personas con discapacidad física obtuvieron totales entre 25 y 32/33 en la ponderación que se realizó; lo que corresponde a **pérdida leve de la funcionalidad**, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

El equilibrio, es un elemento crítico para la independencia en las actividades de la vida diaria. Al existir problemas dentro del equilibrio como es el control postural se produce pérdida de la estabilidad y un gran impacto en la independencia de las personas con discapacidad física. (Nuria, 2011) Se considera al equilibrio como el requisito fundamental para actividades cotidianas, comunicación verbal y no verbal, ingesta de alimentos, manipulación y locomoción; (Paeth, 2006) y las consecuencias más importantes de las dificultades en el equilibrio, producen disminución de la independencia funcional, aumento de la discapacidad y complicaciones tales como las caídas.

La coordinación, es la capacidad del cuerpo para aunar el trabajo de diversos músculos, con la intención de realizar unas determinadas acciones. (Rivera, 2015) . El trastorno del desarrollo de la coordinación, se da si existe un retraso en el progreso de las habilidades motoras, o dificultad para coordinar los movimientos, y esto hace que la persona con discapacidad física no pueda realizar tareas cotidianas o actividades motoras sencillas. (Missina, Rivard, & Pollock, 2015)

El puntaje obtenido en la evaluación de adaptabilidad, el valor más alto, 38% de las personas evaluadas se posiciona en 4 que corresponde a que el paciente en la ponderación obtuvo valores entre 13 y 17/ 18 y significa la **pérdida leve de la adaptabilidad**, paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno; y el valor minoritario del total de evaluados 6% se halla en 1 y 5. Siendo el puntaje 1 que el total obtenido por el paciente fue entre 0 y 2/18, es decir **pérdida severa de la adaptabilidad**, paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno y el puntaje 5 es que se obtuvo 18/18 y significa **totalmente adaptable**, paciente independiente con un entorno totalmente adecuado

Dependencia, es la situación donde la persona con discapacidad requiere ayuda de otra para realizar actividades de la vida diaria, ya que no puede valerse por sí misma. (Abellán, 2012) La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones personales, áreas principales de la vida (educación-trabajo-economía), vida comunitaria, social y cívica. (Castedo, 2005)

El entorno en el que se desarrolla la persona con discapacidad física es de vital importancia para su calidad de vida, en el cuestionario las preguntas se direccionaban a las comidas, actividades sociales o recreacionales, el uso del medio de transporte, la existencia de maltrato intrafamiliar, el control de esfínteres y si la persona acepta su discapacidad; todos estos factores

pueden convertirse en facilitadores o barreras depende de la manera en que la persona con discapacidad física los maneja.

Lo que al entorno se refiere, en la Comunidad San Juan de Ilumán, se observó un inadecuado acceso vial a los diferentes domicilios, por lo que las personas con discapacidad física permanecen continuamente en su hogar; las personas del Barrio Central son las que tienen ventaja en este aspecto ya que la vía es de primer orden y por ende es fácil el acceso a sus domicilios; los infantes de la comunidad que acuden a los centros educativos del lugar tienen que desplazarse caminando largas distancias y por la calzada ya que aceras son muy pocas las que existen. El entorno dentro del domicilio es diferente en cada persona, sin embargo lo común entre todos son las viviendas pequeñas donde viven varias personas, y en la mayoría existe una persona destinada al cuidado diario de la persona con discapacidad física.

Después de haber aplicado el instrumento de valoración en la comunidad de San Juan de Ilumán, los resultados obtenidos tanto de funcionalidad y adaptabilidad en el análisis poblacional, se relacionan de manera estrecha ya que ambos valores se encuentran en el puntaje 4, es así que la funcionalidad de la persona con discapacidad física es proporcional a la dependencia que posea y al entorno en el que se desenvuelva, es decir a su adaptabilidad.

4.3. RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ***¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán?***

El 56% de la población tiene una frecuencia de edad entre 5 y 25 años, el 63% pertenece a la etnia indígena, en cuanto a género el 50% es femenino y el 50% restante masculino y tan solo el 37% posee el carnet del Conadis.

- ***¿Cómo evaluar la funcionalidad y adaptabilidad en las personas con discapacidad física, en la comunidad San Juan de Ilumán?***

Para evaluar los factores mencionados, se aplicó el instrumento de valoración y los resultados obtenidos del mismo fueron procesados en la hoja de cálculo de Excel y así se obtuvo los valores individuales que fueron categorizados en la ponderación para obtener los puntajes en cuanto a funcionalidad y adaptabilidad; siendo los resultados individuales:

- **Paciente 1**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida grave de la adaptabilidad.
- **Paciente 2**, totalmente funcional y pérdida leve de la adaptabilidad.
- **Paciente 3**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida leve de la adaptabilidad
- **Paciente 4**, pérdida moderada de la funcionalidad y pérdida severa de la adaptabilidad
- **Paciente 5**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida grave de la adaptabilidad
- **Paciente 6**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida leve de la adaptabilidad
- **Paciente 7**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida moderada de la adaptabilidad

- **Paciente 8**, pérdida grave de la funcionalidad y pérdida grave de la adaptabilidad
- **Paciente 9**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida grave de la adaptabilidad
- **Paciente 10**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida moderada de la adaptabilidad
- **Paciente 11**, pérdida moderada de la funcionalidad y pérdida moderada de la adaptabilidad
- **Paciente 12**, totalmente funcional y pérdida leve de la adaptabilidad
- **Paciente 13**, pérdida leve de la funcionalidad y pérdida leve de la adaptabilidad
- **Paciente 14**, pérdida moderada de la funcionalidad y pérdida grave de la adaptabilidad
- **Paciente 15**, totalmente funcional y pérdida leve de la adaptabilidad
- **Paciente 16**, pérdida leve de la funcionalidad y totalmente adaptable

- ***¿Cuál es la relación de funcionalidad y adaptabilidad entre las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán?***

Se tomaron los puntajes de funcionalidad y adaptabilidad de cada uno y se realizó una tabulación, uno por cada componente de la valoración; dando en funcionalidad que el 56% de la población evaluada ha obtenido un puntaje de 4 lo que corresponde a pérdida leve de la funcionalidad, y en adaptabilidad se halla en un puntaje de 4 el 38% de las personas con discapacidad física que recae en una pérdida leve de la adaptabilidad.

Posterior al análisis de la tabulación, se infiere que la funcionalidad es proporcional a la adaptabilidad en la comunidad de San Juan de Ilumán.

5. CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

- Este estudio se lo realizó en una población mayoritariamente indígena, lo que afirma el compromiso de interculturalidad que mantiene la Universidad Técnica del Norte.
- La discapacidad física afecta tanto a hombres y a mujeres, en el caso de la comunidad San Juan de Ilumán en un porcentaje igualitario.
- La funcionalidad es proporcional a la adaptabilidad, en las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán.
- Es de vital importancia en temas de discapacidad aplicar un diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad, ya que nos permite ver a la persona como un ente integral y ver más allá de la discapacidad.
- La atención médica en la comunidad San Juan de Ilumán es precaria, y por ende las personas con discapacidad no gozan de su derecho a la salud plenamente.
- La capacitación que nos proporcionó la carrera meses atrás acerca de la CIF, fue muy ventajosa a la hora de redactar este documento.

5.3. RECOMENDACIONES

- Incluir a San Juan de Ilumán, dentro de los programas vigentes de vinculación con la comunidad que promueve la UTN.
- Difundir los resultados de esta investigación, dentro de la facultad para llevar a cabo acciones ligadas a favor de la comunidad.
- Realizar un seguimiento acerca de las condiciones de salud de las personas con discapacidad física de la comunidad San Juan de Ilumán.
- Actualizar al profesional de terapia física sobre los instrumentos de evaluación que existen para diagnosticar la funcionalidad y adaptabilidad en personas con discapacidad física.

5.4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Accidente cerebro-vascular (ACV).**- interrupción súbita del aporte sanguíneo al cerebro, que da lugar a un déficit neurológico de más de 24 horas de duración.
- **Actitudinal.**- Pertenciente o relativo a la actitud es decir a la disposición de ánimo.
- **Adaptabilidad.**- capacidad que tiene una persona u objeto para acomodarse a las condiciones de su entorno o situación.
- **Amputación.**- acto de cortar un miembro o parte de este.
- **Asma.**- síndrome clínico caracterizado por ataques episódicos de tos, sibilancias, constricción pectoral y disnea debido al estrechamiento de las vías aéreas intrapulmonares.
- **Bronquitis.**- inflamación aguda o crónica de la membrana mucosa del árbol traqueo bronquial.
- **CIF.**- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.
- **Constructos.**- conjunto de calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de la CIF.
- **Coordinación.**- capacidad del cuerpo para aunar el trabajo de diversos músculos, con la intención de realizar unas determinadas acciones.
- **Deficiencia.**- es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica.
- **Dependencia.**- aquella situación en la cual una persona, por alguna causa, ya sea física, psíquica, mental, económica o cultural no puede valerse por sí misma en diversas actividades.
- **Destreza.**- habilidad, arte, primor o propiedad con que se hace algo.
- **Diagnóstico.**- acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

- **Discapacidad.-** discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.
- **Dominios.-** conjunto relevante y práctico de acciones, funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, tareas o áreas de la vida, relacionadas entre sí.
- **Enfermedad crónica.-** enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. Pueden ser las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes.
- **Enfermedad renal.-** es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El principal trabajo de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.
- **Entorno.-** ambiente, lo que rodea.
- **Equidad.-** cualidad que en quien la dispone lo moverá a dar a cada cual lo que se merece y corresponde.
- **Equilibrio.-** estado en el cual se encuentra un cuerpo cuando las fuerzas que actúan sobre él se compensan y anulan recíprocamente.
- **Escoliosis.-** curvatura lateral de la columna vertebral. La causa puede ser estructural, compensatoria o protectora.
- **Funcionalidad.-** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación.
- **Iatrogenia.-** acto médico que causa daño en la situación del paciente.
- **Inserción social.-** acción de integrar a un individuo o a un grupo dentro de la sociedad.
- **Laringitis.-** inflamación de la laringe.
- **Lesión medular.-** daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo, de una enfermedad o degeneración.
- **Miopatía.-** alteración del músculo en la que existe evidencia clínica y de laboratorio de un proceso inflamatorio.

- **Motricidad fina.-** coordinación de músculos, huesos y nervios para producir movimientos pequeños y precisos.
- **Motricidad gruesa.-** capacidad y habilidad del cuerpo a desempeñar movimientos grandes.
- **Ortesis.-** aparato externo que está fabricado a medida para una parte del cuerpo facilitando o previniendo un movimiento generado por la aplicación de fuerzas externas.
- **Parálisis cerebral.-** alteración de la función motora causada por un defecto cerebral no progresivo y permanente, o por una lesión en el nacimiento o poco después.
- **Prematuridad.-** cualidad o condición de prematuro (que nace antes del término de la gestación).
- **Prótesis.-** dispositivo utilizado para reemplazar una parte ausente del cuerpo.
- **Recuperación.-** vuelta de una persona o una cosa a su estado normal después de atravesar una situación negativa.
- **Rehabilitación.-** proceso limitado en el tiempo cuyo propósito es devolver a una persona su máximo nivel de funcionamiento físico, mental y social.
- **Validación.-** acción y efecto de dar fuerza o firmeza a algo, hacerlo válido.
- **Vulnerable.-** que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente.

5.5. BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜÍSTICA

- Abellán, A. (2012). *Discapacidad y dependencia en Andalucía*. Sevilla: Fondo Social Europeo.
- Amador, A., & Márquez, A. (2011). *Guía de intervención educativa para padres de familia y docentes de alumnos con discapacidad motriz*. México: Escuela Normal de Especialización.
- Amate, A., & Vásquez, A. (2006). *Discapacidad lo que todos debemos saber*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- ANDES. (17 de 09 de 2012). *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/6565.html>
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito: Registro Oficial.
- Castedo, A. R. (2005). *Libro blanco, atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- Castelo, L. (14 de 01 de 2015). *Sociedad Gallega de Medicina Interna*. Obtenido de SOGAMI: <http://www.meiga.info/Escalas/Glasgow.pdf>
- Cevallos, M. P. (2011). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia San Juan de Ilumán*. Otavalo: GAD de la Parroquia de San Juan de Ilumán.
- CONADIS. (24 de Marzo de 2014). *Consejo Nacional de Igualdad de discapacidades*. Obtenido de <http://plataformaconadis.gob.ec/normas-juridicas-en-discapacidad-ecuador/>
- CONADIS. (Septiembre de 2014). *Registro Nacional de Discapacidades*. Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2013). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017*. Quito.
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2014). *Normas Jurídicas en Discapacidad Ecuador*. Quito: Imprenta Don Bosco.
- Daza, X. (2007). *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Bogotá: Médica Panamericana.

- Díaz, A. A., & Alcedo Rodríguez, M. A. (1995). *Apuntes de psicología de la Rehabilitación de las discapacidades físicas*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Dussan, C. P. (2004). *Derechos Humanos y Discapacidad*. Colombia: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Ecuavisa. (7 de Febrero de 2014). *Ecuavisa*. Obtenido de <http://www.ecuavisa.com/articulo/decision-2014/noticias/52852-mas-300-mil-personas-discapacidad-accederan-al-voto>
- Ekos Negocios. (2014). CONADIS por un cambio en la inclusión de las personas con discapacidad y sus familias. *EkosNegocios*, 78-79.
- El Olimpo. (09 de Octubre de 2014). *Asociación Cultural El Olimpo*. Obtenido de <http://www.elolimpo.com/personaje/hefesto>
- Encalada, C. (2009). *Poca accesibilidad a la educación secundaria de los niños y niñas del 7mo nivel de educación básica de la Escuela Domingo Faustino Sarmiento de la Parroquia San Juan de Ilumán, Cantón Otavalo*. Otavalo: Universidad Politécnica Salesiana.
- Evaluación básica del paciente neurológico. (2012). En M. Bisbe, C. Santoyo, & V. Segarra, *Fisioterapia en Neurología* (págs. 39-43). Panamericana.
- Ferrari, M. J. (2010). *El libro de la estimulación de 0 a 36 meses*. Argentina: Albatros.
- Fluxá, C. (28 de Octubre de 2014). *Radio ONU*. Obtenido de <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2014/10/ops-solo-3-de-los-discapacitados-en-america-latina-tiene-acceso-a-servicios-de-rehabilitacion/#.VIMbe4F5Oy0>
- Gálvez, D., Gómez, D., León, J., & Arcas, M. (2006). *Fisioterapeutas Servicio de Salud de Castilla y León*. España: MAD SL.
- García, A. A., & Hidalgo Checa, R. M. (10 de Junio de 2011). Definiciones de discapacidad en España. Madrid.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Educación.
- Gobierno Provincial de Imbabura. (21 de 11 de 2014). *La voz de las parroquias rurales*. Obtenido de http://imbabura.gob.ec/lavoz/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=57

- La Hora Nacional. (23 de Diciembre de 2013). Imbabura se destaca por atender a personas con discapacidad. *La Hora Nacional*, pág. Periodico virtual.
- LLerena, J. (30 de Septiembre de 2014). *Discapacidad Creencias y Estereotipos*. Obtenido de <http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/sociedad-inclusiva/SENSIBILIZACION-II.pdf>
- Luna, M. (17 de Mayo de 2014). Educación y Exclusión. *El Comercio*, pág. Comercio Virtual.
- Machuca, F., León, J., & Barroso, J. M. (2006). Eficacia de la rehabilitación neuropsicológica de inicio tardía en la recuperación funcional de pacientes con daño cerebral traumático . *Revista Española de Neuropsicología*, 81-95.
- Missina, C., Rivard, L., & Pollock, N. (04 de 03 de 2015). *CanChild*. Obtenido de http://dcd.canchild.ca/en/EducationalMaterials/resources/spanish_dcd_booklet.pdf
- Munevar, O. (2014). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Ibarra.
- Muñoz, A. P. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho*, 381-414.
- Naciones Unidas . (3 de 12 de 2014). *Cepal*. Obtenido de <http://biblioguias.cepal.org/c.php?g=159510&p=1044545>
- Nasso, P. D. (2011). *Mirada histórica de la discapacidad*. Palma de Mallorca: Fundación Cátedra Iberoamericana.
- Noguero, F. L. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación XXI*, 167-179.
- Nuria, M. (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral*. León: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta: OMS y Banco Mundial.

- Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (5 de 12 de 2014). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Paeth, B. (2006). *Experiencias con el Concepto Bobath*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Porter, S. (2007). *Diccionario de Fisioterapia*. España: Elsevier.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad-Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.
- Quiroz, C. (12 de Octubre de 2014). *Funcionalidad y Discapacidad*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/2167083/Funcionalidad-y-Discapacidad>
- Ramos, M. (2013). *Índice de Barthel*. Chile: Red Pública Salud Sur Oriente.
- Real Academia Española. (13 de Enero de 2015). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Rivera, D. M. (05 de 03 de 2015). *EfDeportes*. Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd130/la-coordinacion-y-el-equilibrio-en-el-area-de-educacion-fisica.htm>
- Rodríguez, G. E. (2012). *Formación ética y jurídica de los agentes educativos y sanitarios que interactúan con los discapacitados mentales*. Valencia: Fundación Universitaria Andaluza.
- Rodríguez, R., Lardoeyt, R., Reyes, J., Jijón, M., Lardoeyt, M., & Gámez, M. (2011). Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la República del Ecuador. *Revista Cubana Genet Comunit*, 106-112.
- Rosado, M. S. (2005). *Manual del trabajo social*. México: Plaza y Valdez.
- Rubio, V., & Zaldivar, F. (2012). *Evaluación curricular de la motricidad y autoayuda*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Santillán, P. S. (2005). *Breve análisis situacional del Acceso a Servicios Educativos de Jóvenes con Discapacidad en el Ecuador*. Quito: Banco Mundial Fideicomiso Danés.

- Sbalzer, P. (5 de 12 de 2014). *Discapacidad en el mundo*. Obtenido de <http://www.citamericas.org/archivos/8eb24c8f67879c1b5b9bfdef68ba48f2.pdf>
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Buen Vivir Plan Nacional 2013 2017*. Quito. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional;jsessionid=251E2D15E32E450929652D478B21F35D>
- SENADIS. (12 de Octubre de 2014). *Ministerio de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://www.senadis.gob.cl/>
- SIISE. (2006). *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador*. Obtenido de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>
- Solano, D. (2007). *Guía para la evaluación de la funcionalidad a personas con discapacidad participantes en formación profesional del INA*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Aprendizaje.
- Subsecretaría de Discapacidades. (2013). *Modelo de gestión para la atención inclusiva de personas con discapacidad*. 2013: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Universidad de las Islas Baleares. (07 de Octubre de 2014). *Universidad de las Islas Baleares*. Obtenido de http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Pre-Historia.cid220126
- Universidad del Valle. (Julio de 2012). *Programa Académico de Fonoaudiología*. Obtenido de <http://fonoaudiologiaunivalle.jimdo.com/historia-de-la-fonoaudiolog%C3%ADa/edad-antigua/>
- Walker, C. (24 de Noviembre de 2014). *Discapacidad Motora*. Obtenido de <http://edpr1011.wikispaces.com/Inicio+Discapacidad+Motora+Grupo+B>

ANEXOS

1. CIFRAS DE DISCAPACIDAD EN ECUADOR, SEGÚN LA DIVISIÓN

Tabla 17

Auditiva	48308
Física	193905
Intelectual	87581
Lenguaje	5510
Mental	6757
Psicológica	8737
Visual	46435
TOTAL	397233

Fuente: (CONADIS, 2014)

2. CIFRAS DE DISCAPACIDAD FÍSICA ECUADOR, DISTRIBUCIÓN DE PROVINCIAS

Tabla 18

PROVINCIA	NÚMERO	PROVINCIA	NÚMERO
Azuay	15505	Los Ríos	11130
Bolívar	2289	Manabí	25485
Cañar	3289	Morona Santiago	2115
Carchi	2244	Napo	1771
Chimborazo	5759	Orellana	2405
Cotopaxi	4397	Pastaza	1338
El Oro	8878	Pichincha	26124
Esmeraldas	6016	Santa Elena	4821
Galápagos	145	Santo Domingo	5669
Guayas	45648	Sucumbíos	2200
Imbabura	4620	Tungurahua	4841
Loja	5641	Zamora Chinchipe	1575

Fuente: (CONADIS, 2014)

3. PARTE 1, CIF

Tabla 19

Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicas)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño o realización de tareas del entorno real
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación
	Funcionamiento	
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación
	Discapacidad	

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2001)

4. PARTE 2, CIF

Tabla 20

Parte 2: Factores Contextuales	
Factores ambientales	Factores personales
Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Facilitadores	No aplicable
Barreras/obstáculos	No aplicable

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2001)

5. VIVIENDA EN SAN JUAN DE ILUMÁN

Tabla 21

Viviendas	1526
Casas, villas o departamentos	78,2%
Pisos entablados, parquet, baldosa	50,3%
Red de alcantarillado	45,2%
Servicio eléctrico	83,9%
Servicio telefónico	23,3%
Servicio de recolección de basura	21,4%
Déficit de servicios residenciales básicos	81,7%
Vivienda propia	83,3%
Servicio higiénico exclusivo	36,1%
Ducha exclusiva	36,3%
Cuarto de cocina	64,8%
Uso de gas al cocinar	77,7%
Uso de leña o carbón al cocinar	21,7%

FUENTE: (SIISE, 2006)

6. INSTRUMENTO DE VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA, EN LA PROVINCIA DE IMBABURA, CANTON OTAVALO, EN EL PERIODO 2014.

• FUNCIONALIDAD

EVALUACION DE MOTRICIDAD GRUESA

1. ¿Por favor, puede tocarse las rodillas con la mano derecha?
2. ¿Por favor, puede tocarse las rodillas con la mano izquierda?
3. ¿Por favor, puede tomar la pelota del piso con la mano derecha?
4. ¿Por favor, puede tomar la pelota del piso con la mano izquierda?
5. ¿Por favor, siéntese y coloque la pelota entre sus piernas con la mano derecha?
6. ¿Por favor, siéntese y coloque la pelota entre sus piernas con la mano izquierda?
7. ¿Por favor, puede levantar la mano derecha?
8. ¿Por favor, puede levantar la mano izquierda?
9. ¿Por favor, tóquese sus pies con la mano derecha?
10. ¿Por favor, tóquese sus pies con la mano izquierda?
11. ¿Por favor, tóquese el pie derecho con su mano izquierda?
12. ¿Por favor, tóquese el pie izquierdo con su mano derecha?
13. ¿Por favor, puede usted pararse sobre su pie izquierdo?
14. ¿Por favor, puede usted pararse sobre su pie derecho?
15. ¿Mantiene el equilibrio de pie cerrado los ojos?
16. ¿Puede ponerse de rodillas sobre el suelo como un gatito?
17. ¿Puede subir una altura de una grada alternando sus pies por varias ocasiones?
18. ¿Por favor, pase las hojas de un cuadernillo?
19. ¿Por favor, camine 10 pasos?
20. Por favor, coloque fuera los objetos de la caja y nuevamente colóquelos dentro
21. ¿Por favor, coloque un vaso sobre el otro?
22. Puede repetir la simulación de los movimientos del encuestador (cabeza, aplauda y abrácese)

EVALUACION DE MOTRICIDAD FINA

23. ¿Por favor, pinte el grafico?
24. ¿Por favor, una los puntos?
25. ¿Por favor, corte el papel por donde va la línea?
26. ¿Puede decir el nombre de los objetos que el encuestador le va a mostrar?
27. ¿Por favor puede hacer cara triste?
28. ¿Por favor, puede hacer cara feliz?

29. ¿Puede decirnos en que mes estamos?
30. ¿Puede mencionarnos la fecha de su nacimiento?
31. ¿Puede indicarme en qué lugar estamos?
32. ¿Puede indicarme que día es hoy?
33. ¿Puede decirme como se llama con quien vive?

• ADAPTABILIDAD

34. ¿En su domicilio existe una persona destinada a su cuidado?
35. ¿Usted desayuna, almuerza y merienda, otras
36. ¿Necesita de ayuda para bañarse?
37. ¿Necesita ayuda para mantener una rutina diaria de aseo personal?, como lavarse los dientes, la cara o etc.
38. ¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?
39. ¿Necesita ayuda para desplazarse con instrumento, persona, etc.?, si es el caso indique cual o cuales.
40. ¿Necesita ayuda para acostarse o levantarse de la cama?
41. ¿Necesita ayuda para salir de su casa?
42. ¿Necesita ayuda para realizar actividades domésticas?, como barrer, tender la cama, lavar los platos, etc.
43. ¿Necesita ayuda para cocinar y/o servir alimentos?
44. ¿Necesita ayuda para realizar compras, ir al medio, ir al banco, a la iglesia, etc.?
45. ¿Necesita ayuda para subir o bajar escaleras?
46. ¿Necesita ayuda para administrar el dinero?
47. ¿Usted asiste a actividades sociales, recreativas, vocacionales, etc.?
48. ¿Es capaz de utilizar servicio de transporte adecuadamente?
49. ¿Usted es maltratado dentro del hogar?
50. ¿Utiliza pañal?
51. ¿Se considera usted una persona discapacitada?

7. CONCENTIMIENTO INFORMADO



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

Estimado participante:

Selección aleatoria

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

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

Participación voluntaria

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

Consentimiento para participar

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

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

NOMBRE:.....

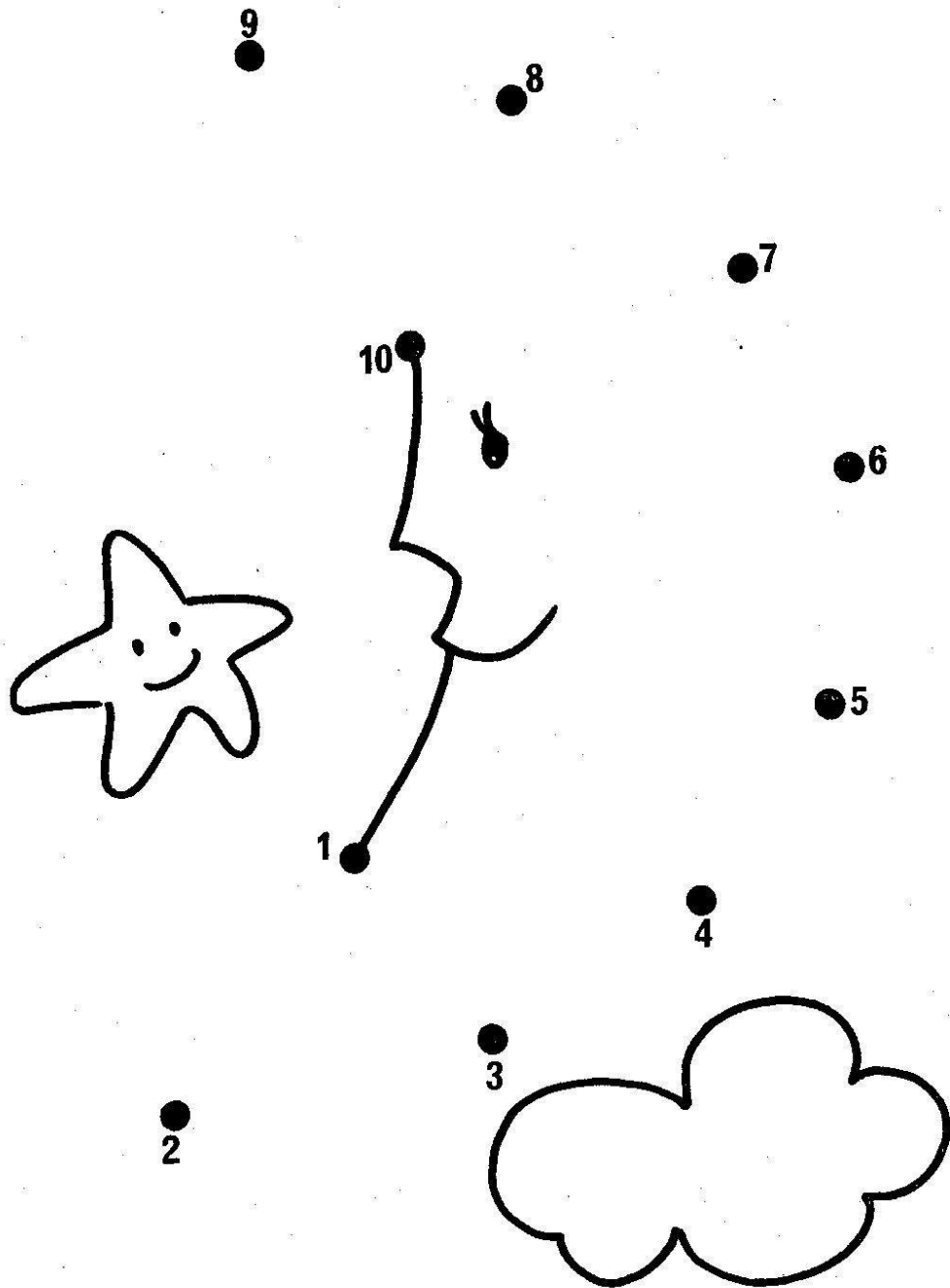
FIRMA:.....

PADRE:.....

FIRMA:.....

8. HOJA ANEXA A LA EVALUACIÓN

NOMBRE: _____



9. APLICANDO EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN





10. TABLAS DE PONDERACIÓN

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.

ADAPTABILIDAD

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

Author: Cynthia Salgado Escobar

Tutor: Lic. Paulina Garrido

ABSTRACT

The objective of this work is to diagnose the functionality and adaptability of 16 people with physical disabilities in San Juan de Ilumán, who were identified previously. This research is important because it brings with theoretical information about the diagnosis, due a data nature, it is quantitative and qualitative because the diagnosis is considered as a numerical value, at the same time it can be interpreted literally. Due to the timing, this research is cross-sectional. The results are:16 people were part of the instrument application, 44% of them are in an age range between 5 and 25 years, 63% belong to the indigenous ethnic, 50% are women and 50% are men and 37% has Conadis identity card, this document shows disability. It was possible to give an individual functionality and adaptability diagnosis, using the weighting method, it is based on: Barthel's rate, Measurement Functionality and Independence scale (IMF) and the Glasgow modified scale, and it also provides a general population analysis, made by a tabulation; where the functionality score in the population is located in 4, which correspondence is *slight loss of functionality*, mild functional limitation in activities requiring balance and coordination; and adaptability score is 4, which belongs to *slight loss of adaptability*, patients with low dependence and slight inadequacy physical environment.


checked by Daniel
Cazo

