



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

Trabajo de Grado previa a la obtención del título de Licenciatura en Terapia
Física Médica

TEMA:

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

AUTORAS:

ANDREA ELIZABETH VÁSQUEZ MOTOCHÉ
RUTH MILENA SINMALEZA CAMBI

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. DANIELA ZURITA MSC

Ibarra, 2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, MSc. Daniela Zuritas en mi calidad de directora de la tesis titulada: DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA COMUNIDAD PATAQUÍ DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014, de autoría de ANDREA ELIZABETH VÁSQUEZ MOTOCHÉ y RUTH MILENA SINMALEZA CAMBI. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa y para que se sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente,



MSc. Daniela Zurita
C.I. 1003019740



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 forma digital, con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1722688825
APELLIDOS Y NOMBRES	SINMALEZA CAMBI RUTH MILENA
DIRECCIÓN	Quito. Cdla La Arcadia 5-41 – OE 2 casa 30
EMAIL	mile88-chiquita@hotmail.com
TELEFONO FIJO Y MOVIL	022693470 0998614346

DATOS DE CONTACTO	
DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1720166808
APELLIDOS Y NOMBRES	VASQUEZ MOTOCHÉ ANDREA ELIZABETH
DIRECCIÓN	La Mitad del Mundo Sheygua
EMAIL	juan_ar_03@hotmail.com
TELEFONO FIJO Y MOVIL	022394578 0994656444

DATOS DE LA OBRA

TÍTULO	DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA ADAPTABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA COMUNIDAD PATAQUÍ DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA, EN EL PERIODO 2014
AUTORAS	ANDREA ELIZABETH VÁSQUEZ MOTOCHÉ y RUTH MILENA SINMALEZA CAMBI.
FECHA	2015/05/29
TÍTULO POR EL QUE OPTAN:	Licenciatura en Terapia Física Médica.
DIRECTORA DE TESIS	MSc. Daniela Zurita

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Milena Sinmaleza Cambi con cédula de identidad Nro. **1722688825** y yo, Andrea Elizabeth Vásquez Motoche con cédula de identidad Nro. **1720166808**, en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS.

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

Ibarra, a los 29 días del mes de Mayo de 2015

LAS AUTORAS:

Firma 
Andrea Elizabeth Vásquez M.
C.I. 1720166808

Firma 
Milena Sinmaleza Cambi
C.I. 1722688825

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA.

Facultado por resolución del Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Milena Sinmaleza Cambi con cédula de identidad Nro. **1722688825** y yo, Andrea Elizabeth Vásquez Motoche con cédula de identidad Nro. **1720166808**, expresamos nuestra 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 autoras de la obra o trabajo de grado denominado **CATEGORIZACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO ERGONÓMICO E INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA, EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACIÓN NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES DE LA CIUDAD DE IBARRA, PROVINCIA DE IMBBURA, PERIODO 2014-2015**; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 29 días del mes de Mayo de 2015

LAS AUTORAS:

Firma.....
Andrea Elizabeth Vásquez M.
C.I. 1720166808

Firma.....
Milena Sinmaleza Cambi
C.I. 1722688825

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico: A Dios que con sus bendiciones me ha mantenido saludable y me ha dado fortaleza para terminar con éxito el arduo trabajo que emprendí algún día. A mis padres quienes siempre confiaron en mí, y con su apoyo incondicional siempre estuvieron guiándome y alentándome en los momentos más difíciles de este trayecto, me motivaron a no rendirme y continuar con este que fue el esfuerzo de todos. A mis hermanas que con sus palabras de aliento me apoyaron cuando estuve lejos de casa. A mi novio que siempre, por más difícil que fueran los tiempos estuvo a mi lado recordándome que algún día llegará la recompensa de tanto sacrificio y no sin menos importancia a mi amiga y compañera de trabajo de titulación que siempre confió en mí y juntas apoyándonos la una a la otra pudimos concluir con esta etapa que algún día pensamos que la espera sería larga.

Ruth Milena Sinmaleza Cambi.

DEDICATORIA

Amado Dios amigo fiel, que me das la vida y la salud, sin tu bendición este trabajo no hubiera sido posible

La presente Tesis se la dedico a mis queridos padres, a mi madre pilar importante de mi vida quien me dio la vida el amor el apoyo incondicional para hacer realidad uno de mis sueños, a mi padre que ha sido una estrella que desde el cielo me guía e ilumina mis momentos oscuros, Carlos quien ha estado a mi lado apoyando y alentando mis decisiones, me siento muy orgullosa y bendecida de poder dedicarles esta etapa de mi vida.

A mis hermanos Eduardo, Karina y Génesis porque su apoyo ha sido incondicional en momentos de debilidad, a María y Paola ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mi amado esposo que ha sido el impulso de toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma ha sido un amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejero en todo momento.

A mi motor de vida hijo mío para quien ningún sacrificio es suficiente que con su luz ha iluminado mi vida y cada día hace más claro mi camino.

Amiga y compañera de este arduo trabajo no me queda más palabras que decirte gracias y que Dios te bendiga

Va por ustedes por lo que valen, por que admiro la fortaleza de cada uno de ustedes y por lo que han hecho de mí.

Andrea Elizabeth Vásquez Motoche

AGRADECIMIENTO

Gratitud es un valor grandioso que nos enriquece el alma.

Agradecemos a Dios por permitirnos terminar una ardua etapa de nuestra vida con éxito.

A la Universidad Técnica del Norte y sus docentes por habernos formado como profesionales de la Salud, brindándonos los recursos y la infraestructura necesaria por proyectarnos a presente y futuro como un ente de servicio a la sociedad.

A nuestra querida tutora la Lic. Daniela Zurita por habernos aportado sus conocimientos en nuestro proceso de formación y de la misma manera en la finalización de este paso que es nuestra Tesis.

A nuestros queridos compañeros Cynthia y Kleber porque con su interés y apoyo nos ayudó a fortalecer y a estructurar nuestra trabajo.

Así como también a nuestros queridos pacientes y a la comunidad de Pataqui que gracias a su colaboración se pudo aportar a la sociedad con este estudio.

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

Autoras: Ruth Milena Sinmaleza
Andrea Elizabeth Vásquez Motoche

Tutor: Lic. Daniela Zurita Msc

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, fue un aporte de las autoras a la comunidad, enfocado en el campo de la discapacidad, como lo es adaptabilidad y la funcionalidad en personas con discapacidad física de la Comunidad de Pataquí. El objetivo fundamental de la investigación, fue diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014, mediante la aplicación de una encuesta de 51 preguntas dividida en dos partes la primera que conformaba 33 preguntas basadas en la valoración de la funcionalidad de las personas con discapacidad y las 18 siguientes se enfocaban en la adaptabilidad del mismo. La metodología del estudio fue de diseño no experimental y de corte transversal, tipo de investigación cuantitativo cualitativo descriptivo, la población estuvo conformada por 13 personas con discapacidad física. Se empleó una encuesta de forma directa que fue hecha a través de la aplicación "ODK Collect". Los resultados obtenidos de la investigación fueron ponderados para ser calificados en una escala del 1 al 5 tanto en adaptabilidad como en funcionalidad; posteriormente 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, 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.

FUNCTIONALITY AND ADAPTABILITY DIAGNOSIS TO PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN PATAQUI COMMUNITY OF OTAVALO CANTON IN IMBABURA PROVINCE IN 2014

By: Ruth Milena Sinmaleza

Andrea Elizabeth Vásquez Motoche

Advisor: BHS. Daniela Zurita Msc

SUMMARY

This research was an authors' contribution to the community, focusing on disability about physically adaptability and functionality with people who has physical disabilities of Pataqui Community. Main objective of this research was Functionality and adaptability diagnosis to people with physical disabilities in Pataqui community of Otavalo canton in Imbabura province, in 2014 the application survey with 51 questions, divided into two parts. The 33 questions were based on the assessment of the functionality of the disabled people and the next 18 were focused on their adaptability. The study methodology was non-experimental and cross-sectional design. Research was a descriptive-quantitative and qualitative type. The sample was of 13 people with physical disabilities. Survey was made directly through the "ODK Collect" application. The results of the investigation were weighted to be rated on a scale from 1 to 5 in both adaptability and future functionality. Later an individual diagnosis of functionality and adaptability are given using the weighting method, based on Barthel's Scale measuring, Functionality, and Independence (IMF), and the scale of Glasgow, made by tabulation. Where, the score on functionality in the population is 4 ,whose correspondence is slight loss of functionality, mild functional limitation in activities, requiring balance and coordination and adaptability is 4, which belongs to slight loss of adaptability on the patient with little dependence and slight inadequacy of the environment

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.....	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	III
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NOTE	V
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
CAPÍTULO 1	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	6
CAPÍTULO 2	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Discapacidad	7
2.2 Clasificación de la discapacidad	7
a) Discapacidad física:	7
b) Discapacidad intelectual	7
c) Discapacidad psíquica	7
d) Discapacidad sensorial:	8
2.3 La discapacidad física.....	8
	xi

2.4 Clasificación internacional de la discapacidad y de la salud:	9
2.5 Funcionalidad.....	15
2.5.1 Evaluación de la capacidad funcional.....	16
2.5.2 Modelo de ocupación humana.....	19
2.5.3 Interpretación del Índice de Barthel	21
2.5.4 Interpretación del método Pulses:	23
2.5.5 Interpretación del método FIM.	24
2.6 Adaptabilidad	26
2.6.1 Ayudas técnicas.....	28
2.6.2 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	29
2.6.3 Actividades básicas cotidianas (ABC)	29
2.7 Marco legal	30
2.7.1 Plan Nacional Del Buen Vivir	30
2.7.2 Ley Orgánica de “Discapacidades”	32
CAPÍTULO III	43
METODOLOGÍA	43
3.1 Tipo de Investigación	43
3.2 Diseño de la Investigación	43
3.3 Localización	44
3.3.1 Extensión Territorial.....	44
3.3.2 Límites	44
3.4 Población	45
3.5 Muestra	45
3.6 Identificación de Variables	45
3.7 Operacionalización de Variables.....	46
3.8 Métodos y Técnicas	47
3.9 Técnicas.....	48
3.10 Estrategias	49
3.11 Validación y confiabilidad.....	49
CAPÍTULO 4	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
4.1 Resultados	51

4.1.1 Funcionalidad	52
4.1.2 Adaptabilidad	65
4.2 Discusión de resultados	83
4.3 Respuestas a las Preguntas de Investigación	85
CAPÍTULO 5	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1 Conclusiones	89
5.2 Recomendaciones	90
5.3 Glosario de términos	91
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	96
Anexo N° 1 Estructura de la CIF	97
Anexo N° 2 Condición de salud.....	97
Anexo N° 3 Índice de Barthel 15 actividades	98
Anexo N° 4 Índice de Barthel 10 actividades	98
Anexo N° 5 Escala FIM	99
Anexo N° 6 Niveles de independencia FIM	99
Anexo N° 7 Modelo de la encuesta	100
Anexo N° 8 Fotos Pataqui	103
Anexo N° 9 Formulario de consentimiento informado	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Paciente 1	52
Tabla 2 Paciente 2	53
Tabla 3 Paciente 3	54
Tabla 4 Paciente 4	55
Tabla 5 Paciente 5	56
Tabla 6 Paciente 6	57
Tabla 7 Paciente 7	58
Tabla 8 Paciente 8	59
Tabla 9 Paciente 9	60
Tabla 10 Paciente 10	61
Tabla 11 Paciente 11	62
Tabla 12 Paciente 12	63
Tabla 13 Paciente 13	64
Tabla 14 Paciente 1	65
Tabla 15 Paciente 2	66
Tabla 16 Paciente 3	67
Tabla 17 Paciente 4	68
Tabla 18 Paciente 5	69
Tabla 19 Paciente 6	70
Tabla 20 Paciente 7	71
Tabla 21 Paciente 8	72
Tabla 22 Paciente 9	73
Tabla 23 Paciente 10	74
Tabla 24 Paciente 11	75
Tabla 25 Paciente 12	76
Tabla 26 Paciente 13	77
Tabla 27 Índice de funcionalidad.....	78
Tabla 28 Índice de dependencia	78
Tabla 29 Índice de entorno.....	79
Tabla 30 Índice de adaptabilidad	79
Tabla 31 Índice de motricidad fina	81
Tabla 32 índice de motricidad gruesa	81
Tabla 33 Índice de maltrato de las personas con discapacidad	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Relación de la adaptabilidad y funcionalidad	80
Gráfico 2 Porcentajes de funcionalidad y adaptabilidad.....	81
Gráfico 3 personas maltratadas	82

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto (Murillo, 2007)“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la discapacidad (ODM) son un pacto entre los países en desarrollo y los países desarrollados.

Tales objetivos reconocen que son los propios países en desarrollo quienes deben tomar medidas, mientras que los países desarrollados deben hacer su aporte a través del comercio, la asistencia para el desarrollo, el alivio de la deuda, el acceso a medicamentos básicos y la transferencia de tecnología.

El informe 2010 de los ODM es el primero en mencionar las discapacidades, y hacer notar las limitadas oportunidades que tienen los niños con discapacidad y el vínculo entre la discapacidad y la marginación en la educación. La declaración ministerial de julio de 2010 reconoce la discapacidad como una cuestión transversal, esencial para el cumplimiento de los ODM” (Informe Mundial de la Discapacidad, 2011).

Alva menciona que a pesar del aumento de la visibilidad del tema de las personas con discapacidad en la agenda pública y de los avances en el reconocimiento jurídico de sus derechos, tanto a escala nacional como internacional, su situación en América Latina sigue caracterizándose por una profunda desigualdad, que se materializa en grandes brechas socioeconómicas que

colocan a este grupo de la población en una condición de vulnerabilidad social que demanda acciones integrales y sustentadas por una férrea voluntad política. La posibilidad de estas acciones de lograr avances reales en materia de igualdad también depende de la posibilidad de realizar evaluaciones certeras, pero el panorama de los datos sobre las personas con discapacidad en la región no contribuye a ello (Alva, 2011 ABRIL).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los aproximadamente mil millones de personas que tienen discapacidad en todo el mundo (que suponen alrededor del 15% de la población), unos 90 millones viven en Latinoamérica, donde se calcula que el 80% de estos ciudadanos presentan graves problemas para acceder a bienes sociales básicos como es el empleo (universidad, 2012). La designación del 2013 como año iberoamericano de la inclusión laboral de las personas con discapacidad se produce a propuesta conjunta de Ecuador y España.

Según el CONADIS en la ley sobre las discapacidades en el reglamento general a la ley de discapacidades en el capítulo dos art 4 al ministerio de salud pública le compete “ Establecer un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico funcional, mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidad los recursos y servicios, de manera que reciban una atención integral, individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio-cultural” (CONADIS, 2008) .El servicio de integración laboral cuenta con la consultoría de la confederación coordinadora española de personas con discapacidad física y orgánica (COCEMFE), y el apoyo técnico de la red iberoamericana de entidades de personas con discapacidad física. Con este componente, las cinco federaciones nacionales buscan apoyar el cumplimiento de la reforma al código laboral que establece un porcentaje obligatorio de contratación de personas con discapacidad en entidades públicas y privadas. Para el año 2007, el porcentaje es del 1% hasta llegar al 4 % de la nómina en el año 2010 (FENEDIF).

En el Ecuador existen leyes y organismos que amparan y dan prioridad de atención a las personas con algún tipo de discapacidad, en el último gobierno se

empieza a tomar en cuenta a este tipo de personas vulnerables y comienza a insertarles a la sociedad como entes activos y participativos de una sociedad, creando el Programa Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara los cuales se han preocupado del estado de las personas discapacitadas ofreciéndoles una mejor calidad de vida, además han hecho cumplir en parte la igualdad de derechos que se menciona en la Constitución del Ecuador.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador; que en un primer momento fue un estudio científico – médico para determinar las causas de las discapacidades y conocer la realidad bio psico social de esta población desde los puntos de vista biológico, psicológico, social, clínico y genético, con el fin de delinear políticas de estado reales, que abarquen múltiples áreas como salud, educación y bienestar social.

Esta investigación surge ante la falta de estadísticas serias que le permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad (discapacidad online).

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

En el Ecuador no existente estadísticas suficientes para demostrar dicha adaptabilidad y funcionalidad de las personas con alguna discapacidad física. En el registro nacional de discapacidades del ministerio de salud pública se encontró que en la provincia de Imbabura existen 4620 personas con discapacidad física, mientras que en el cantón Otavalo existen 974 personas con discapacidad físicas y en la comunidad de Pataquí existen 13 personas con discapacidad física (MSP, 2014).

En la comunidad de Pataqui muchas de estas personas con discapacidad física no han sido diagnosticadas oportunamente por varios factores entre los más

importantes están, el factor geográfico, económico y la falta de personal capacitado para una adecuada valoración y sin dejar a un lado las creencias ancestrales.

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo realizar un diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El presente trabajo es el resultados del diagnóstico de la funcionalidad y de la adaptabilidad de personas con discapacidad física, con la finalidad de conocer cuan funcional es un paciente y conocer las necesidades que él tiene para que sea totalmente funcional de acuerdo a su discapacidad, conociendo esta funcionalidad empatamos a la adaptabilidad que nos permitió saber si el lugar donde él vive se encontraba acto para desarrollar su funcionalidad.

El diagnóstico de la funcionalidad y adaptabilidad aportará grandes beneficios a la población de la comunidad de Pataqui ya que permite conocer de una manera cuantitativa su funcionalidad con la finalidad de potencializar futuras ayudas ortopédicas, que ayudaran a mejorar su adaptabilidad.

La aplicación de este instrumento proporcionará un conocimiento de la funcionalidad y de la adaptabilidad de las personas con discapacidad física motivándonos a tomar medidas y presentar alternativas para mejorar la situación en la que se desenvuelven siendo así una propuesta que ofrece beneficios a corto plazo generando a presente y futuro una vida de calidad, imponiendo los mejores estándares de salud sin olvidar el buen vivir elevando su calidad de vida ya que este instrumento de diagnóstico será más certero en el campo de la fisioterapia y así lograr una mejor adaptabilidad para encaminarnos a una mejor inclusión ya que

no solo se podrá observar las deficiencias sino también sus limitaciones y conocer sus potencialidades.

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

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

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Diagnosticar la funcionalidad y la adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer la relación de la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014.
- Valorar la motricidad fina y gruesa de las personas con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014.

- Conocer si existe maltrato dentro del hogar y quien o quienes lo maltratan.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la relación de la funcionalidad y la adaptabilidad de las persona con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014?
- ¿Cuál es la condición de la motricidad fina y gruesa de las persona con discapacidad física de la comunidad Pataqui?
- ¿Cuántas personas con discapacidad física sufren de maltrato dentro del hogar y quien o quienes lo maltratan?

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud dice que la discapacidad se refiere a toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Tortosa dice que la discapacidad es una condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. (Tortosa, García, Page, & Ferreras, 2008)

2.2 Clasificación de la discapacidad

La discapacidad se divide en:

- a) Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones relacionadas con el movimiento, es de las más frecuentes.
- b) Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras.
- c) Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

- d) Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias del sistema sensorial (vista, oído, gusto, olfato tacto) dentro de este grupo las más comunes se relacionan con problemas en la comunicación y el lenguaje. (Organizacion Mundial de la Salud, 2011)

2.3 La discapacidad física

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 (Organizacion Mundial de la Salud, 2011). Actualmente la discapacidad física y cualquier otro tipo de discapacidad están evaluadas en relación a dos componente fundamentales los cuales son: funcionamiento y discapacidad compuestos por dos factores, funciones y estructuras corporales, y actividad y participación; el segundo componente es en relación a los factores contextuales que son los factores ambientales y factores personales y participación. Todo lo anterior en torno a la actividad (Egea Garcia & Sarabia Sanchez, 2001).

La discapacidad física entra en un grupo de cada uno de estos componente que de acuerdo al análisis de la persona y de su contexto se definiría el grado de discapacidad en el que se encuentra (Egea Garcia & Sarabia Sanchez, 2001), ya que actualmente no se evalúan o define la discapacidad como la deficiencia de órganos o enfermedades limitantes sino como un puesta más universal, donde se reconozca el ser en relación a lo que lo rodea.

Esa evaluación hace parte de unos códigos numéricos que permiten especificar la magnitud o extensión del funcionamiento o la discapacidad. Entrando en referencia a que la discapacidad física se podría definir de acuerdo a lo planteado por (OMS & OPS, 2001) como cambios en las estructuras del cuerpo de carácter anatómico que generen deficiencia en el funcionamiento, y que encuentran barreras y / u obstáculos en ambiente en que se desenvuelven. La discapacidad física se encuentra en un grupo referente a la afección de las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento. Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de

coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. Este grupo lo conforman tres subgrupos (INEGI, 2014):

- a) Discapacidades de las extremidades inferiores
- b) Discapacidades de las extremidades superiores.
- c) Discapacidades insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.

2.4 Clasificación internacional de la discapacidad y de la salud:

La Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones a la participación (OMS , 2011). Son diversas deficiencias las que afectan a las personas con discapacidad y generan problemas que afectan la estructura o función corporal; por ende 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.

La discapacidad es muy diversa, desde la visión integral de este modelo, el nivel personal de funcionamiento es algo complejo con múltiples determinantes e interacciones que ejercen sus efectos a múltiples niveles e incluyen diferentes dimensiones (Waslsh & The Walter , 2004). Los componentes de las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación y los factores ambientales están clasificados en la CIF mediante categorías. Sólo los factores personales permanecen, por el momento, sin clasificar. Hoy por hoy la CIF consta de 1.424 categorías mutuamente excluyentes que tomadas en conjunto cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y que están organizadas como una estructura jerárquica de 4 niveles diferenciados de menor a mayor precisión (Fernández López & Fernández-Fidalgo, 2009). Anexo 1

Las categorías de la CIF están indicadas por medio de códigos alfanuméricos con los cuales es posible clasificar funcionamiento y discapacidad, tanto a nivel individual como poblacional. Un ejemplo de la estructura jerárquica es el siguiente:

- a) 1º Nivel: b2 Funciones sensoriales y dolor
- b) 2º Nivel: b280 Sensación de dolor
- c) 3º Nivel: b2801 Dolor en una parte del cuerpo
- d) 4º Nivel: b28013 Dolor de espalda

Según esta estructura jerárquica la categoría de nivel más alto (4º) comparte los atributos de la categoría de menor nivel (1º) a la cual pertenece. Así, como se muestra en el ejemplo, el uso de una categoría de más nivel (b28013, Dolor de espalda) implica automáticamente que es aplicable a una categoría de nivel inferior (b2801, Dolor en una parte del cuerpo).

Para cuantificar la magnitud de un problema en las diferentes categorías CIF se usan los calificadores (Fernández López & Fernández-Fidalgo, 2009), los cuales son descriptores de calidad ponderados matemáticamente que registran la presencia o severidad de un problema a nivel corporal, personal o social. Así, un problema puede suponer un deterioro, una limitación o una restricción que puede calificarse desde 0 (no problema: 0-4%), 1 (problema leve: 5-24%), 2 (problema moderado: 25-49%), 3 (problema severo: 50-95%) hasta 4 (problema total: 96-100%).

Barreras:

- a) 0 No barrera
- b) -1 Barrera leve
- c) -2 Barrera moderada
- d) -3 Barrera severa
- e) -4 Barrera completa

Facilitadores

- a) 0 No facilitador
- b) +1 Facilitador leve
- c) +2 Facilitador moderado
- d) +3 Facilitador severo

e) +4 Facilitador completo

f)

Para dar mayor claridad de los componentes que se tienen en cuenta para clasificar la discapacidad (OMS & OPS, 2001) se tienen en cuenta los siguientes factores:

Constructo: Funciones Corporales (b)

Primer calificador: Calificador genérico con escala negativa utilizada para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia.

Ejemplo: b168.3 para indicar una deficiencia grave en las funciones mentales, específicas del lenguaje.

Segundo calificador: Ninguno

Constructo: Estructura Corporal (s)

Primer calificador: Calificador genérico con escala negativa utilizada para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia.

Ejemplo: s730.3 para indicar una deficiencia grave en la extremidad superior.

Segundo calificador: Utilizado para indicar la naturaleza del cambio en la respectiva estructura corporal.

0 no hay cambio en la estructura

1 ausencia total

2 ausencia parcial

3 parte adicional

4 dimensiones aberrantes

5 discontinuidades

6 posición desviada

7 cambio cualitativos en la estructura, incluyendo la acumulación de fluido

8 Sin especificar

9 No aplicable

Constructo: Actividades y Participación (d)

Primer calificador: desempeño/ realización

Calificador genérico

Problema en el contexto / entorno real de la persona.

Ejemplo: d101.1 para indicar dificultades leves para limpiar todo el cuerpo empleando dispositivos de ayuda que están disponibles para la persona en su contexto o entorno real.

Segundo calificador: CAPACIDAD

Calificador genérico

Limitación sin ayudas

Constructo: Factores Ambientales (e)

Primer calificador: Calificador genérico con escala negativa y positiva utilizado para indicar respectivamente, la extensión de las barreras y los facilitadores.

Ejemplo: e130.2 para indicar que los materiales educativos son una barrera moderada. Al contrario el e130+2 indica que los materiales educativos son un facilitador moderado.

Segundo calificador: Ninguno

Cuando se habla de discapacidad física se relaciona con el funcionamiento de las funciones neuromusculoesqueléticas y las que están relacionadas con el movimiento. Dentro de las funciones de las articulaciones y los huesos se encuentran las subcategorías (b710-b729) (OMS & OPS, 2001), incluye funciones relacionadas con la movilidad de una o varias articulaciones: vertebras, codo, hombro, entre otras.

Otra de las clasificaciones se encuentra relacionada con las funciones musculares (b730-b749), donde se incluyen (OMS & OPS, 2001) las funciones relacionadas con la fuerza de músculos específicos o grupos grades de ellos, de un segmento del cuerpo ya sea un lado, la mitad o las extremidades. Pero no se incluyen las que están relacionadas con el tono, resistencia muscular.

Por último se plantean una clasificación relacionada con de las funciones relacionadas con el movimiento, se encuentran subcategorías (b750-b779), incluyen funciones relacionadas con el reflejo de extensión, reflejos articulares, reflejos generados por estímulos exteroceptivos.

Factores contextuales:

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios, debido a la evolución en la fundamentación teórica de los modelos explicativos y conceptuales de esta condición. Inicialmente se centra en un modelo medico biológico (UIPC-Inmerso, 2014) (Shakespeare & Watson, 2002), donde la enfermedad es una característica o atributo de la persona.

Luego se planteó como “un modelo social” siendo el estado de discapacidad un déficit de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales (UIPC-Inmerso, 2014).

Finalmente, se integran los modelos anteriormente mencionados y surge el modelo biopsicosocial, planteando “una consecuencia de interacciones entre los distintos factores biológicos y las fuerzas sociales” (Cespedes, 2005). Anexo 2

Es entonces como los factores contextuales que se tienen en cuenta en la CIF, son los ambientales y los personales.

Los factores ambientales constituyen el ambiente físico social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Se evalúan a través de codificadores y estos deben ser descritos por la persona que está sufriendo una situación crítica (OMS & OPS, 2001).

1º Calificador: Extensión de Deficiencia

0 No existe deficiencia

1 Deficiencia leve

- 2 Deficiencia moderada
- 3 Deficiencia grave
- 4 Deficiencia Completa
- 8 No especificadas
- 9 No aplicable

2 Calificador: Naturaleza de Deficiencia

- 0 No hay cambio de la estructura
- 1 Ausencia total
- 2 Ausencia parcial
- 3 Parte adicional
- 4 Dimensiones aberrantes
- 5 Discontinuidad
- 6 Posición desviada
- 7 Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido
- 8 No especificado
- 9 No aplicable

3 Calificador: Localización de Deficiencia

- 0 Más de una región
- 1 Derecha
- 2 Izquierda
- 3 Ambos lados
- 4 Parte delantera
- 5 Parte trasera
- 6 Proximal
- 7 Distal
- 8 No especificado
- 9 No aplicable

En algunos casos un conjunto diversos de factores ambientales pueden resumirse utilizando un solo término, como pobreza (OMS , 2011), medio rural o urbano o capital social. Estos termino globales no aparecen en la clasificación, pero

el evaluador deberá identificar los factores individuales que los componen y codificarlos por separado

2.5 Funcionalidad

Para la CIF, la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto. Desde la perspectiva de la integralidad del paciente se puede decir que la funcionalidad se refiere a la habilidad de una persona para realizar una tarea o acción. Es el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en una tarea o actividad determinada, en un momento dado, así como dentro del proceso de formación.

En relación con la funcionalidad en el contexto de la formación profesional, es importante tener en cuenta que:

En cada caso particular la funcionalidad es distinta, por lo que dos personas con la misma condición podrían tener diferente nivel de funcionalidad.

Tal es el caso de dos personas que se movilizan en silla de ruedas y una de ellas cuenta con una silla eléctrica y la otra con una silla manual, una estudia en un lugar que cuenta con rampas adecuadas y la otra lo hace en un espacio con rampas que tienen un nivel de inclinación que dificulta o imposibilita el subirlas con independencia, por lo que sus niveles de funcionalidad son diferentes aun cuando la condición física sea la misma.

La funcionalidad de la persona puede variar, dependiendo de las modificaciones que se den en los factores contextuales y las condiciones de salud. Un ejemplo se encuentra en el caso de una persona sorda que habla Lengua de Señas Costarricense LESCO y estudia en un lugar donde nadie sabe LESCO, lo que le dificulta la comunicación con sus compañeros y compañeras, profesores profesoras, así como la comprensión de las lecciones. Si se cambia el factor ambiental, de

manera que las personas alrededor aprendan LESCO y cuente con un intérprete durante las lecciones, la funcionalidad de la persona variaría, aunque su limitación auditiva siga siendo la misma.

Las necesidades educativas especiales no las determina la limitación funcional sino las condiciones del currículo y del entorno de las diversas acciones formativas y puestos de trabajo, por lo que una persona con una limitación funcional, de acuerdo con Fernández Picado (2005), "...puede presentar dificultades para una acción formativa determinada "X", pero puede ocurrir que no presente ninguna necesidad educativa especial en una acción formativa "Y". (Solano Murillo, 2015)

2.5.1 Evaluación de la capacidad funcional

La organización Panamericana de la salud, en 1999 (OMS & OPS, 2001) promueve el concepto de salud como un proceso social de constante tensión y conflicto, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y el bienestar. Además se refiere al concepto de salud-enfermedad como la construcción social en forma colectiva, con una lógica compleja donde se articulan visiones sociales e individuales, determinadas en gran medida por las diferencias culturales (Daza Lesmes , 2007). Por tanto como se explicaba anteriormente es un concepto evolutivo, dinámico y de contante cambio.

Cualquiera que sea el paradigma en el que se situó el concepto de salud, es un condicionante para el desempeño de las profesiones y las disciplinas que a él atienden. En fisioterapia ha permitido comprender esta evolución, desde la basada en el modelo biológico – mecanicista (Daza Lesmes , 2007), creando en la recuperación de la condición normal de la capacidad de movimiento, hasta la cual asumida en la concepción posmoderna, que reconoce al fisioterapeuta como un conecedor del movimiento corporal humano aporta a las personas diferentes alternativas para mejorar la calidad de vida y proporcionar el bienestar.

Según Marie de Alvarado, citado por (Daza Lesmes , 2007) el movimiento corporal humano es un movimiento esencial para el desarrollo humano porque

provee al individuo de condiciones funcionales que le permiten desempeñar sus papeles sociales y mantener una dinámica cognitiva que promueve su aprendizaje. Por esto es importante hacer consciente la posibilidad de movimiento y la capacidad potencial alterna de funciones residuales en individuos con discapacidad para, a partir de ellas, considerar una nueva dimensión del proyecto de vida.

En los últimos años se evidencian dos tendencias de la fisioterapia. La primera de ellas enfatiza la comprensión funcional del movimiento corporal con el ánimo de mejorar esta capacidad y atender los trastornos del mismo, con una visión determinada de lo funcional adaptativo, mientras la segunda involucra elementos sociales, donde la interacción profesional va más allá del trastornos biológicos y funcionales del movimiento corporal humano.

En el modelo biología – mecanicista se realiza la conclusión diagnóstica en termino de deficiencias y de la limitación funcional que el paciente presenta como consecuencia de su enfermedad de base, que la mayoría de las veces estaban subordinadas a la orientación médica para el diseño, ejecución y la evaluación de estrategias terapéuticas encaminadas a restituir los niveles de funcionalidad e independencia en las personas con limitaciones funcionales (Daza Lesmes , 2007). A esto se acuño la propuesta de Sada Nagui para realizar análisis de casos bajo las categorías de signos y síntomas, daños o lesiones, como manifestaciones de la enfermedad o el estado patológico activo, entendido este como la interrupción o la interferencia en los procesos normales y los esfuerzos realizados por el organismo para recuperar el estado normal.

A partir de este se identificaban la deficiencias, definidas como la pérdida o la anormalidad de la estructura anatómica, que genera a su vez limitación funcional, entendida como la restricción o la perdida de las habilidades para desempeñar tareas o actividades de un modo que es considerado normal por el común de la población y con una estrecha relación con la discapacidad (Daza Lesmes , 2007).

La valoración de la capacidad funcional hace parte del proceso de evaluación, de verificación de la hipótesis planteada y la inferencia de conclusiones, respecto al funcionamiento del individuo; debe orientarse a la identificación de las variables que

intervienen en el funcionamiento de cada individuo, ya que, además de ser parte de juicio clínico o diagnóstico, hace parte fundamental del pronóstico, pues valora los factores que intervienen en el proceso de rehabilitación y el logro de objetivos de interacción terapéutica. Son múltiples las variables que intervienen en el funcionamiento del ser humano como ser social que se desempeña en un entorno determinado, dentro de un contexto cultural que determina sus demandas de acuerdo con las expectativas para su salud, género, rol, etc. (Daza Lesmes , 2007). A diferencia del diagnóstico clínico, en el que se aplican pruebas clínicas estandarizadas y tradicionales, la valoración de la capacidad funcional comprende el universo mismo del ser en proceso de rehabilitación.

En este sentido se comprenden la identificación de múltiples variables en este campo de la evaluación funcional, que intervienen en el funcionamiento y abarca al ser humano como un ser multidimensional; conlleva en sí misma un carácter integral y da un apoyo holístico al proceso de rehabilitación que permite la toma de decisiones desde una mirada transdisciplinaria (Daza Lesmes , 2007). Es entonces como la transformación de los significados de los conceptos de salud, discapacidad, bienestar, etc., comienzan a intervenir otras áreas del conocimiento y se evoluciona de un modelo biomecánico en el que el diagnóstico de la patología determina el proceso de toma de decisiones y la interacción terapéutica hacia un modelo integral y multidimensional.

Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica (Feinstein, Josephy, & Wells, 1986), especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general (Guralnik, Fried, & Salive, 1996). Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud (Testa & Simonson, 1996). Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland" (Wylie, 1967).

El objetivo fundamental de la rehabilitación es disminuir al máximo posible los grados de discapacidad y minusvalía que presenta una persona como consecuencia de una deficiencia, llevándolo a una máxima independencia funcional y una óptima participación e integración en la vida social y económica. Para medir el cumplimiento de estos objetivos, la rehabilitación debe tener un instrumento de evaluación que permita cuantificar en forma objetiva el grado de discapacidad que presenta un paciente en un momento dado y medir los cambios que se producen en el tratamiento de rehabilitación. Establece adicionalmente las áreas prioritarias sobre las cuales hay que actuar en la planificación de la rehabilitación y finalmente permite comparar la eficacia y eficiencia de los tratamientos y la comparación entre ellos (G,Paolinelli & Cols, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior se usan métodos o técnicas de valoración funcional para evaluar las características de una persona, normalmente con una intención concreta o en un entorno determinado. No se trata, por tanto, de una evaluación médica tradicional. Dentro de los conocidos en la literatura mundial se encuentran Barthel, Pulses y FIM.

2.5.2 Modelo de ocupación humana

Uno de los motivos por los que se creó el Índice de Barthel fue para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia empírica ha probado que el IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional. El modelo de ocupación humana (MOH), actualmente es considerado como un marco teórico muy interesante, pero de difícil aplicación práctica en el trabajo cotidiano (Heras Muñoz & García Baladés, 2013). Se tiene en cuenta que el ser humano es un conjunto de sistemas dinámicos que se organizan a sí mismos, que siempre están en desarrollo y que cambian con el tiempo.

Según este modelo, el comportamiento ocupacional aparece a partir de la interrelación de tres sistemas (Fuentes, 2014), con las circunstancias en el medio ambiente. Estos sistemas son: volición, habituación y ejecución. La volición puede definirse como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia

persona, como actor en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace (De las Heras, Llerena , & Kielhofner, 2003).

También es interpretado como la motivación para participar en ocupaciones es, una necesidad innata de las personas para actuar en el mundo. Para comprender este componente es preciso entender cómo se constituye en cada persona, como se ve influenciado y como se manifiesta. La necesidad o motivación para participar en ocupaciones es lo que guía a la hora de hacer elecciones.

En ese continuo la persona experimenta ocupaciones, interpreta esa experiencia y finalmente realiza una elección en función de la anticipación. Este proceso es lo que se denomina ciclo volicional (anticipar-elegir- experimentar interpretar). La volición está modelada por una gama de influencias como son el estado físico, pensamientos y sentimientos, y factores ambientales.

El sistema de habituación hace referencia a los patrones de comportamiento ocupacional reiterados y que forman parte de la vida cotidiana de la persona. Está regulado por los hábitos y los roles que desempeña cada uno en su día a día (Fuentes, 2014). Los hábitos favorecen que el desempeño se lleve a cabo de forma casi automática y los roles reflejan las funciones sociales que uno ha interiorizado y son percibidos por el entorno (De las Heras, Llerena , & Kielhofner, 2003).

Por último, el desempeño como la capacidad para hacer cosas provistas por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente (Fuentes, 2014). O también entendido como el sistema de ejecución sistema constituido por las habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social formados por el sistema músculo esquelético, sistema neurológico, sistema cardiopulmonar e imágenes simbólicas, que permiten llevar a cabo las ocupaciones cotidianas de la persona (Heras Muñoz & García Baladés, 2013).

La discapacidad siempre representa una forma particular de ser encaminado. Se trata de una forma alterada de existir que confía en la persona con una

discapacidad. Por ende las personas con discapacidad deben vivir la realidad de su cuerpo. Más aun, se ven desafiadas para adaptarse a sus experiencias. Las personas con discapacidades deben asumir una posición existencial en el mundo que refleje su encarnación particular.

Existen algunos fenómenos que son más generales para la experiencia de la discapacidad y otros son particulares un tipo de deterioro. Otros son singulares para el individuo, varios autores como Murphy y Sachs citados por (Kielhofner, 2004) han descrito que a través de este proceso de adaptación existe una alienación de sus cuerpos de las personas con discapacidad. Todos los sujetos tienen que hallar formas para adaptarse a la alienación. La cual es una tarea importante para recuperar la capacidad para una variedad de personas con discapacidades. El conocimiento de la discapacidad en términos de experiencias subjetivas es importante porque a menudo explica aspectos de la capacidad funcional de una persona no explicados por los abordajes objetivos (Kielhofner, 2004).

El modo en que las personas rinden no refleja solo el estado objetivo de los componentes del desempeño (Kielhofner, 2004). También emana del modo en que se experimentan a sí mismas y sus mundos. La experiencia alterada altera el desempeño.

La manera como las personas con discapacidad tienen un modelo de ocupación es a partir de las experiencias y de la interacción con el ambiente, las estructuras físicas y sociales. Donde se proporcionan oportunidades que permiten elegir y hacer cosas.

2.5.3 Interpretación del Índice de Barthel

El Índice de Barthel (IB) es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Mahoney & Barthel, 1965).

En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD (Cid, Damián, & Hopkins, 1997).

El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías (las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 o 4 puntos) resultando un rango global entre 0 y 20. De este modo se evita la pseudoprecisión implícita en la escala original de 0 a 100. Por ejemplo, en esta escala no existen puntuaciones intermedias entre 0 y 5, y así sucesivamente, con lo que la cantidad total de posibles valores es de 21.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación del IB. Por ejemplo, se ha observado que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta. Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas (Cid, Damián, & Hopkins, 1997).

La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es:

- a) 0-20: Dependencia total
- b) 21-60: Dependencia severa
- c) 61-90: Dependencia moderada
- d) 91-99: Dependencia escasa
- e) 100: Independencia

Por otra parte también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el IB según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger et al (Granger, Dewis, Peters, Sherwood, & Barrett,

1979) el orden es el siguiente: Anexo 3 comer es la actividad en la que se observa independencia con más frecuencia. Este es el orden observado en una población concreta y puede presentar variaciones en otros ámbitos.

Otra versión, propuesta por Shah et al³, mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5. Esta modificación en los niveles pretende aumentar la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones adicionales en su administración. El rango de puntuación se mantiene entre 0 y 100. Anexo 4

Wade y Hewer observaron que la recuperación de las diferentes actividades ocurría en un orden jerárquico bien definido. Bañarse sin ayuda fue la actividad que se recuperaba más tarde, siendo la incontinencia ocasional de heces la primera en recuperarse.

2.5.4 Interpretación del método PULSES:

La escala PULSES es un instrumento de valoración de funcionalidad, adaptado por Granger et al, usado ampliamente en el seguimiento de pacientes en post-evento cerebro vascular y usado también en la valoración de la funcionalidad de las personas con enfermedad crónica. El instrumento tiene una validez y confiabilidad similar a la del Índice de Barthel (validez 0,73; alpha de Cronbach 0,90) (Aponte Garzon , 2011) siendo capaz de diferenciar los distintos grados de discapacidad y describir la funcionalidad conservada, particularmente en la versión propuesta por Shah et al

La escala PULSES, en forma similar a la versión de Índice de Barthel de Shah está organizada en puntajes diferentes para cada categoría manteniendo una escala corta, limitando la pseudo precisión que puede tener lugar cuando se usan escalas más amplias como la de Barthel original de 0 a 100. Este método consiste en una escala de medición nominal de seis parámetros con valores posibles de 1 a 4 para cada parámetro en donde 1 representa la ausencia de limitación en la funcionalidad y 4 la mayor limitación en la funcionalidad. Cada parámetro mide un aspecto

particular de funcionalidad así (Aponte Garzon , 2011): el parámetro P (de pshysical condition) valora el grado de estabilidad de la patología examinada por la cantidad de supervisión por parte de los profesionales de salud que el enfermo requiere de manera regular, el parámetro U (por Upper limb function) valora la función de las miembros superiores, tales como comer, beber, vestirse, asearse, etc. El parámetro L (Lower limb function) valora la funcionalidad de los miembros inferiores y está relacionada con la movilidad y el desplazamiento, el parámetro S (Sensory componentes) evalúa la función sensorial, vista, oído y la capacidad para la comunicación, el parámetro E (por Excretory functions) valora control de esfínteres y señala la necesidad de asistencia en estas funciones.

Por último, el Parámetro S (por Support) examina los factores de apoyo de tipo psicológico, social, familiar, etc., con que cuenta el enfermo, por lo que está indicando la necesidad de prestar asistencia relacionada con dificultades de orden social y psicológico. El instrumento establece que un puntaje de 6 señala la presencia de total independencia, a un aumento del puntaje corresponde un aumento de la dependencia del enfermo, un puntaje de 24 indica dependencia total. La interpretación por rangos establece que un puntaje final entre 6 a 8 indica nivel funcional conservado, entre 9 a 11 indica compromiso leve de la funcionalidad, puntajes iguales o mayores a 12 identifican casos de severo compromiso de la funcionalidad con alto grado de dependencia.

2.5.5 Interpretación del método FIM.

"Functional Independence Measure", aparece actualmente como estándar en la literatura mundial. Ha sido utilizado ampliamente en diferentes patologías y grupos etarios, demostrando ser un instrumento válido, sensible y confiable (G,Paolinelli & Cols, 2001).

El Functional Independence Measure, es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una dependencia completa (asistencia

total) y el nivel 7 una completa independencia. Los ítems del FIM pueden ser sumados para crear el "Functional Independence Measure", total o "Functional Independence Measure", -18. Los valores obtenidos pueden ir de 18 a 126 puntos. También puede ser desagregado en un "Functional Independence Measure", -motor, que es la suma de los primeros 13 ítems y en un "Functional Independence Measure", -cognitivo, que representa los últimos 5. El "Functional Independence Measure", -motor va entre 13 y 91 puntos y el FIM-cognitivo entre 5 y 35 puntos (G,Paolinelli & Cols, 2001).

Anexo 5

Por último, el "Functional Independence Measure", total puede ser desagregado en seis dominios específicos: autocuidado, control esfinteriano, transferencias, locomoción, comunicación y cognición social (ver tablas) (G,Paolinelli & Cols, 2001).

Anexo 6

Se ha demostrado en la literatura, que el "Functional Independence Measure", presenta un nivel aceptable de concordancia interobservador (G,Paolinelli & Cols, 2001), resultando un instrumento confiable para la evaluación funcional de la discapacidad. La confiabilidad depende de las características del instrumento de evaluación y del entrenamiento que tienen los evaluadores en el uso del instrumento. La prueba de Barthel sólo abarca aspectos de las actividades de la vida diaria y la movilidad, es decir los mismos ítems considerados en el área motora del "Functional Independence Measure". No evalúa los aspectos cognitivos de la discapacidad.

Es un instrumento confiable para la evaluación de los niveles de discapacidad en el ambiente clínico. Para su uso intensivo se requiere pasar por un período previo de entrenamiento por parte de los evaluadores para que sea confiable. Permite evaluar periódicamente los cambios que se producen en un programa de rehabilitación a nivel del paciente individual, como también medir resultados globales de eficiencia y eficacia los programas de rehabilitación médica.

2.6 Adaptabilidad

La adaptabilidad es la capacidad de una persona u objeto para adaptarse a un nuevo medio o situación. Es importante poder diferenciar lo que es Adaptabilidad de lo que es Adaptación:

Adaptación: acción de adaptarse o adecuarse a algo,

Adaptabilidad: es la cualidad de las personas o cosas de tener 'capacidad de adaptación'.

Criterios de adaptabilidad a tener en cuenta a la hora de adaptar un dispositivo al paciente:

Destino: ¿Para qué va a utilizar el dispositivo el paciente? Un buen interrogatorio permitirá conocer cuáles son las acciones que desea realizar el paciente, cuales son las que desea la familia del paciente. Y la factibilidad de resolver la adaptación adecuada.

No generar una dependencia permanente del usuario a algunas adaptaciones en particular, para cumplir con la finalidad de lograr la autonomía del paciente. Preservar las capacidades conservadas del paciente y valorar la posibilidad de aumentarlas o no simplificarlas, para favorecer y proteger los procesos de auto-valimiento, autoestima y tolerancia a la frustración: desde el punto de vista cognitivo, se tiene en cuenta el lenguaje, en toda su complejidad (grado de comprensión, capacidad expresiva, modos de lectura y escritura). Valorar los remanentes de movilidad y de sensorio (por mínimo que parezca, cualquier resto de movilidad, siempre que se comfortable voluntariamente, es factible de ser reconocido y amplificado por el dispositivo de adaptación adecuado.

Considerar la patología de base, la que dio origen a la discapacidad, para tener en cuenta el pronóstico y la evolución.

Considerar el confort y preferencia del paciente: el usuario tiene la última palabra. en definitiva es quien utilizará el dispositivo. Podemos señalar la opción que parezca más acorde a sus necesidades y sus objetivos, a sus capacidades y su estado.

No se debe adecuar el paciente a la máquina sino la máquina al paciente. Es relativo a los recursos con los que se cuenten y al tipo de paciente que se presente. La decisión final se tomará luego de tener en cuenta todos los demás criterios. Deberán existir tantas adecuaciones como usuarios que las necesitan. No descuidar el control de la postura erguida. El uso de equipamiento adecuado actúa como inhibidor del tono anormal, movimientos reflejos y estereotipados con la consecuencia de posibilitar una guía hacia el aprendizaje de esquemas sensorio-motrices adecuados. Además prevendrá la adquisición de deformaciones producto de una movilidad incorrecta.

Considerar el entrenamiento del usuario en el manejo de las adaptaciones. Se necesita una ejecución precisa y eficaz, para ello es necesario que la persona tome contacto, y manipule con anterioridad el dispositivo; de esta manera tendría mayores posibilidades de obtener un óptimo resultado.

Re-evaluar constantemente el caso, y de ser posible reemplazar o aplazar las interfaces. Lo primordial es la rehabilitación y la mejor calidad de vida del paciente; por ello, cuanto menos dependa una persona de estas adaptaciones, más cerca se estará del objetivo.

Transparencia, invisibilidad, economía: Diseñar adaptaciones sencillas. Se evitará construir interfaces o programas complicados, buscando por lo contrario, ayudas “silenciosas” o “transparentes”. (Bertruzzi, Colángelo, & Santos Juliana, 2015)

2.6.1 Ayudas técnicas

Son ayudas técnicas todos aquellos aparatos o equipos que son utilizados por personas con discapacidad temporal o permanentemente, que les sirven para tener un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y les proporciona en general una mayor calidad de vida. Fuente especificada no válida.

Toda ayuda técnica debe reunir las características de: sencillez, eficacia y ser utilizadas cuando no existe otro medio razonable de solucionar el problema.

Y por supuesto, para ser realmente adecuado del entorno, deben responder a las necesidades para las que han sido concebidas, ser seguras, evitando riesgos innecesarios, de manejo sencillo para poder usarlas solos, fabricadas con materiales resistentes, duraderos, de fácil limpieza, estéticos y de bajo costo. Fuente especificada no válida.

De una manera más específica, aun perteneciendo todo al contexto global de ayuda técnica, habría además que diferenciar órtesis, prótesis y medios técnicos.

Órtesis: Son dispositivos que se aplican a un segmento corporal para una o varias de las siguientes funciones:

- a) Prevenir desviaciones o deformidades
- b) Corregir o minimizar deformidades ya establecidas
- c) Facilitar una función que esté abolida o alterada.
- d) Prótesis: dispositivos ortopédicos destinados a reemplazar la parte ausente del cuerpo con un fin a la vez estético y funcional.
- e) Medios Técnicos: transformaciones realizadas en el hábitat tendentes a eliminar las barreras que marginan a las personas con discapacidad. Fuente especificada no válida.

2.6.2 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizan en mayor o menor medida a lo largo del día.

Dentro de las ABVD están:

- a) Higiene personal: incluye el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- b) Ducha: implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- c) Vestido: incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.
- d) Alimentación: implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- e) Control de esfínteres: incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- f) Uso del inodoro: incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.
- g) Movilidad funcional: incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación. (Hospitales NISA, 2015)

2.6.3 Actividades básicas cotidianas (ABC)

También conocidas como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional.

- a) Cuidado de los otros. Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
- b) Cuidado de las mascotas. Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.

- c) Criado de los niños. Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- d) Uso de los sistemas de comunicación. Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.
- e) Movilidad en la comunidad. Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc., conducción.
- f) Manejo de temas financieros. Uso de recursos fiscales.
- g) Cuidado de la salud y manutención. Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- h) Crear y mantener un hogar. Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
- i) Preparación de la comida y limpieza. Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- j) Procedimientos de seguridad y respuestas ante emergencias. Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- k) Ir de compras. Planificar la compra así como ejecutarla.

Áreas de Ocupación

Las AVDb y las AIVD son dos áreas de ocupación diferenciadas. Otras áreas de ocupación son la educación, el trabajo, el juego (en el caso de los niños), el ocio y tiempo libre, así como la participación social. (TEO, 2015)

2.7 Marco legal

2.7.1 Plan Nacional Del Buen Vivir

Dentro del plan nacional del buen vivir se establecen 12 objetivos de los cuales es de relevancia a esta investigación el objetivo número tres.

Objetivo 3. Mejora la calidad de vida de la población.

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

Políticas y lineamientos estratégicos

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de atención que componen Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

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

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

3.4 Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.

3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permita gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

3.7 Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.

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

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

3.10 Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.

3.11 Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio natural y cultura y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.

3.12 Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015)

2.7.2 Ley Orgánica de “Discapacidades”

TÍTULO I

Principios y disposiciones fundamentales capítulo primero del objeto, ámbito y fines.

Artículo 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 2.- Ámbito.- Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad.

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición incapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Artículo 3.- Fines.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

1. Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades;

2. Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;
3. Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad;
4. Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones;
5. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y,
6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

De los principios rectores y de aplicación

Artículo 4.-Principios fundamentales.- La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios:

1. No discriminación: ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada; ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad.

La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos; tendrá enfoque de género, generacional e intercultural;

2. In dubio pro hominem: en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección de las personas con discapacidad;

3. Igualdad de oportunidades: todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las

personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable;

4. Responsabilidad social colectiva: toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, así como de conocer de actos de discriminación o violación de derechos de personas con discapacidad está legitimada para exigir el cese inmediato de la situación violatoria, la reparación integral del derecho vulnerado o anulado, y la sanción respectiva según el caso;

5. Celeridad y eficacia: en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia;

6. Interculturalidad: se reconoce las ciencias, tecnologías, saberes ancestrales, medicinas y prácticas de las comunidades, comunas, pueblos y nacionalidades para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad de ser el caso;

7. Participación e inclusión: se procurará la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público, para lo cual el Estado determinará planes y programas estatales y privados coordinados y las medidas necesarias para su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad;

8. Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas;

9. Protección de niñas, niños y adolescentes con discapacidad: se garantiza el respeto de la evolución de las facultades de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad; y,

10. Atención prioritaria: en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas

con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.

TÍTULO II

De las personas con discapacidad, sus derechos, garantías y beneficios capítulo primero de las personas con discapacidad y demás sujetos de ley sección primera de los sujetos

Artículo 5.- Sujetos.- Se encuentran amparados por esta Ley:

- a) Las personas con discapacidad ecuatoriana o extranjera que se encuentren en el territorio ecuatoriano;
- b) Las y los ecuatorianos con discapacidad que se encuentren en el exterior, en lo que fuere aplicable y pertinente de conformidad a esta Ley;
- c) Las personas con deficiencia o condición incapacitante, en los términos que señala la presente Ley;
- d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad.
- e) Las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención y cuidado de personas con discapacidad, debidamente acreditadas por la autoridad competente.

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.

Los beneficios tributarios previstos en esta ley, únicamente se aplicarán para aquellos cuya discapacidad sea igual o superior a la determinada en el Reglamento.

Artículo 7.- Persona con deficiencia o condición incapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición incapacitante 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.

Sección segunda del subsistema nacional para la calificación de la discapacidad

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.

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades a más de las funciones señaladas en la Constitución dará seguimiento y vigilancia al correcto funcionamiento del Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad; de igual forma, coordinará con la autoridad sanitaria nacional la evaluación y diagnóstico en los respectivos circuitos.

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.

Sección tercera de la acreditación de las personas con discapacidad

Artículo 12.- Documento habilitante.- La cédula de ciudadanía que acredite la calificación y el registro 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 incapacitante, 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.

Sección cuarta del registro nacional de personas con discapacidad y de personas jurídicas dedicadas a la atención de personas con discapacidad

Artículo 15.- Remisión de información.- Las instituciones de salud públicas y privadas, están obligadas a reportar inmediatamente a la autoridad sanitaria nacional y al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, sobre el nacimiento de toda niña o niño con algún tipo de discapacidad, deficiencia o condición incapacitante, guardando estricta reserva de su identidad, la misma que no formará parte del sistema nacional de datos públicos.

Capítulo segundo de los derechos de las personas con discapacidad sección primera de los derechos

Artículo 16.- Derechos.- El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales y esta ley, y su aplicación directa por parte de las o los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de oficio o a petición de parte; así como también por parte de las personas naturales y jurídicas privadas.

Se reconoce los derechos establecidos en esta Ley en lo que les sea aplicable a las personas con deficiencia o condición incapacitante, y a las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho o representante legal que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad.

Sección segunda de la salud

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

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

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

Artículo 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 incapacitantes.

Las órtesis, 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.

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades propondrá a la autoridad sanitaria nacional la inclusión en el cuadro nacional de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con

discapacidad, de conformidad con la realidad epidemiológica nacional y local. Además, la autoridad sanitaria nacional arbitrará las medidas que permitan garantizar la provisión de insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridas para la atención de las personas con discapacidad; así como, fomentará la producción de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, en coordinación con las autoridades nacionales competentes.

Sección tercera de la educación

Artículo 36.- Inclusión étnica y cultural.- La autoridad educativa nacional velará que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de desarrollar los procesos educativos y formativos dentro de sus comunidades de origen, fomentando su inclusión étnico-cultural y comunitaria de forma integral.

Sección quinta del trabajo y capacitación

Artículo 45.- Derecho al trabajo.- Las personas con discapacidad, con deficiencia o condición incapacitante tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado. El trabajo que se asigne a una persona con discapacidad deberá ser acorde a sus capacidades, potencialidades y talentos, garantizando su integridad en el desempeño de sus labores; proporcionando los implementos técnicos y tecnológicos para su realización; y, adecuando o readecuando su ambiente o área de trabajo en la forma que posibilite el cumplimiento de sus responsabilidades laborales.

Sección sexta de la vivienda

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.

La autoridad nacional encargada de vivienda y los gobiernos autónomos descentralizados implementará, diseñarán y ejecutarán programas de vivienda, que permitan a las personas con discapacidad un acceso prioritario y oportuno a una vivienda. Los programas incluirán políticas dirigidas al establecimiento de incentivos, financiamiento y apoyo, tanto para la construcción o adquisición de inmuebles o viviendas nuevas, como para el mejoramiento, acondicionamiento y accesibilidad de las viviendas ya adquiridas.

Sección octava de las tarifas preferenciales, exenciones arancelarias y del régimen tributario

Artículo 79.- Servicios.- Para el pago de los servicios básicos de suministro de energía eléctrica, agua potable y alcantarillado sanitario, internet, telefonía fija y móvil, a nombre de usuarios con discapacidad o de la persona natural o jurídica sin fines de lucro que represente legalmente a la persona con discapacidad, tendrán las siguientes rebajas:

El servicio de agua potable y alcantarillado sanitario tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual hasta por diez (10) metros cúbicos;
El servicio de energía eléctrica tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual hasta en un cincuenta por ciento (50%) del salario básico unificado del trabajador privado en general;

El servicio de telefonía fija estará considerado dentro de las tarifas populares y de conformidad a la regulación vigente;

El servicio de telefonía móvil tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual de hasta trescientos (300) minutos en red, los mismos que podrán ser equivalentes de manera proporcional total o parcial a mensajes de texto; y,

En los suministros de energía eléctrica, internet fijo, telefonía fija, agua potable y alcantarillado sanitario, la rebaja será aplicada únicamente para el inmueble donde

fije su domicilio permanente la persona con discapacidad y exclusivamente a una cuenta por servicio.

El beneficio de rebaja del pago de los servicios, de ser el caso, estará sujeta a verificación anual por parte de las instituciones públicas y/o privadas prestadoras de los servicios.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

El tipo de estudio utilizado en esta investigación es de carácter descriptivo por que describe el hecho tal cual aparece en la realidad, cualitativo y cuantitativo por que se realizó el diagnostico de funcionalidad y adaptabilidad en forma numérica y su equivalente textual.

Esta investigación fue de campo: toda información se obtuvo directamente de la realidad de cada persona con discapacidad permitiéndonos como investigadores afirmar las condiciones reales en que se han conseguido los dato, caracterizada positivamente porque a causa de esta investigación se dio a conocer la falencia de la adaptabilidad y la funcionalidad del paciente discapacitado de la comunidad mediante la evaluación realizada.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño fue no experimental ya que no se manipulo directamente las variables de estudio no hubo comparación con otro grupo, únicamente se realizó observación de los fenómenos tal.

Como ocurren en su momento para al final poder analizarlos y obtener resultados y se observa la fenómeno tal y como se ha dado en contexto natural, los sujetos son observados en su ambiente natural debido a que la discapacidad física ya está presente y los efectos de la misma manera.

En cuanto a la relación de la investigación realizada con el espacio temporal, se debe precisar que corresponde a un estudio de corte transversal, debido a que la investigación se caracterizó por la recolección de datos en un momento determinado de tiempo considerando la tendencia de un grupo específico y fue de rápida ejecución (Silva, 2011)

3.3 Localización

3.3.1 Extensión Territorial

La Parroquia Pataquí tiene una superficie de 9'543.054,50 m² o 954,305 hectáreas. Es la parroquia más pequeña de la provincia de Imbabura con una superficie que apenas cubre el 0,21% respecto al territorio provincia. (Gobierno Parroquial de San Pedro de Pataquí, 2014)

3.3.2 Límites

Los límites parroquiales que constan en el Registro Oficial emitido el 5 de mayo de 1961, y firmada por el entonces Presidente de la República, Dr. José María Velasco Ibarra son: Por el Norte, las alturas de Tsantsagarán (actualmente denominado Chanchagarán, IGM), en el páramo de Mojanda y Cajas; por el Sur, La confluencia de las quebradas de Pataquí y Chaupiyacu; por el Este, la quebrada de Pataquí y terrenos de Piganta, y por el Occidente, la quebrada de Chaupiyacu y páramo de La Escalera. (Gobierno Parroquial de San Pedro de Pataquí, 2014)

El mencionado Registro Oficial eleva de categoría al caserío, para convertirla en la nueva parroquia rural de San Pedro de Pataquí. El mismo acuerdo menciona que el reconocimiento de esta nueva categorización se la dio el Municipio de San Luis de Otavalo, en sesiones consecutivas los días 6 y 27 del mes de septiembre del año 1960. (Infocentros, 2015)

3.4 Población

Para esta investigación se trabajó con la población con discapacidad de la comunidad de Pataqui específicamente con 13 personas de discapacidad física para este estudio se excluyó de este estudio a las personas con discapacidad sensorial y psicológica.

El sujeto de estudio son las personas con discapacidad física que habitan la comunidad de Pataqui

3.5 Muestra

Esta investigación tomo como muestra a 13 personas con discapacidad física del estudio se excluyó a personas con discapacidad auditiva, intelectual y visual.

3.6 Identificación de Variables

Variable Independiente: Discapacidad Física

Variable Dependiente: Funcionalidad y Adaptabilidad

3.7 Operacionalización de Variables

Variables Independientes: Discapacidad Física

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
La discapacidad física es la falta o deterioro de uno o varias partes del cuerpo que afecta a varias poblaciones a nivel mundial, ocasionado por varios factores que deja consigo un daño irreversible y de por vida en la persona.	Grado de discapacidad	-Leve -Grave -Severa	Encuestas y Observación

Variables Dependientes: Funcionalidad y Adaptabilidad

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Funcionalidad Máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en una tarea o actividad determinada, en un momento dado.	Pérdida severa Pérdida grave	1 2 3 4 5	Encuesta y Observación

	Pérdida moderada Pérdida leve Totalmente Funcional		
Adaptabilidad La adaptabilidad es la capacidad de una persona u objeto para adaptarse a un nuevo medio o situación	Pérdida severa Pérdida grave Pérdida moderada Pérdida leve Totalmente Funcional	1 2 3 4 5	Encuesta y Observación

3.8 Métodos y Técnicas

Este estudio utilizo el método analítico nos permitió estudiar, los hechos y fenómenos que se presentaron durante el proceso investigativo realizando así un análisis de cada uno de los elementos para determinar la importancia, su influencia, beneficio y relación de adaptabilidad y funcionalidad conseguido con el desarrollo de investigación.

Se utilizó un método deductivo directo inferencial o conclusión inmediata se obtiene el juicio de una sola premisa es decir se llega a una conclusión directa sin intermediarios se utilizó este método ya que los resultados obtenidos al momento de realizar la encuesta fueron claros y concisos lo que permite llegar a una conclusión rápida y exacta. (Paz, 2000)

3.9 Técnicas

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta la cual se aplicó a través de la aplicación “ODK Collect” para poder realizar esta encuesta nos dirigimos a la Parroquia de Pataqui la misma que fue aplicada de forma directa de datos obtenidos directamente de las personas con discapacidad física de la Parroquia de Pataqui para la recopilación de datos se lo hizo por medio de cálculos y gráficos usando Microsoft Excel.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos a utilizarse en el proceso de investigación fueron:

La evaluación fisioterapéutica es un estudio observacional, en el cual se procedió a la recolección de datos por un cuestionario previamente diseñado y validado por los docentes de UTN en el cual el investigador no modifica en entorno ni controla el proceso que está en la investigación. Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas cerradas.

En este caso la encuesta fue de manera directa ya que se la realizó a los personas con discapacidad física.

Para iniciar con la recolección de datos se ha utilizado las siguientes técnicas:

- a) La observación participativa aquí el investigador comparte con las personas que están dentro de su contexto experiencia y vida cotidiana para poder obtener directamente toda la información de las personas es decir el investigador pide al paciente realizar una acción del instrumento para posterior llenar la misma con la acción positiva o negativa que realice el paciente.
- b) La observación directa aquí el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno a investigar
- c) La observación de campo es el recurso principal de la observación descriptiva se realiza en los lugares donde ocurren los hechos o fenómenos investigados.

- d) La observación de Equipo se realiza por partes de varias personas o que integran un equipo de trabajo que efectúan una misma investigación

El instrumento fue un cuestionario de 52 preguntas incluyó preguntas cerradas en estas solamente obtendremos respuestas cortas como si o no.

Preguntas dicotómicas: estas preguntas solo tienen dos alternativas de respuestas sí o no o verdadero o falso en ocasiones complementan con una alternativa neutral, ningún ambo, no sé.

Preguntas politómicas: Esta modalidad presenta al encuestador una pregunta y un conjunto de alternativas mutuamente excluyentes y exhaustivas tomadas de forma colectiva y deben elegir la que mejor se adecue a su opinión

3.10 Estrategias

Una vez obtenidos los datos de la encuesta aplicada se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel, posteriormente se procede a ponderar para ser calificados en una escala.

Para realizar esta investigación se utilizó los siguientes materiales:

- a) ODK
- b) Computador
- c) Materiales de oficina
- d) Encuesta

3.11 Validación y confiabilidad

La encuesta utilizada en el estudio está basada la propuesta de instrumento para la valoración gerontológica integral, constructo, funcionalidad del libro Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano de Javier Daza Lesmes , que ha sido adaptado y validado por parte de la Carrera de Terapia Física Médica a través

de un proceso de pilotaje realizado por docentes y estudiantes de la carrera liderados por Marcelo Lanchimba y Patricio Ron.

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

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Una vez de aplicada la encuesta a 13 pacientes con discapacidad física sobre diagnóstico de funcionalidad y adaptabilidad de la comunidad de Pataqui, se procedió a ponderar la información para así obtener los resultados claros y precisos de cada paciente y sacar las diferentes especificaciones de funcionalidad, entorno, dependencia y adaptabilidad

4.1.1 Funcionalidad

PACIENTE # 1

Tabla 1

SI LO HACE		29
LO HACE CON DIFICULTAD		2
	TOTAL	31

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.

INTERPRETACION: El puntaje obtenido del paciente 1 es de 31 y en la escala de funcionalidad el puntaje es 4 lo cual evidencia una perdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 2

Tabla 2

SI LO HACE		30
LO HACE CON DIFICULTAD		1
	TOTAL	31

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.

INTERPRETACION: El paciente 2 obtuvo 31 puntos en la escala de funcionalidad el puntaje de funcionalidad es 4 lo que significa una pérdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 3

Tabla 3

SI LO HACE		25
LO HACE CON DIFICULTAD		8
	TOTAL	33

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.

INTERPRETACION: El paciente 3 es totalmente funcional ya que en funcionalidad obtuvo 33 puntos y el resultado de funcionalidad es 5

PACIENTE # 4

Tabla 4

SI LO HACE		21
LO HACE CON DIFICULTAD		6
	TOTAL	27

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.

INTERPRETACION: según la tabla #4 que corresponde al paciente 4 su resultado es de 27 en la escala de funcionalidad el puntaje es 4 que nos demuestra una pérdida leve de la funcionalidad, con una leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 5

Tabla 5

SI LO HACE		18
LO HACE CON DIFICULTAD		8
	TOTAL	26

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.

INTERPRETACION: la tabla #9 corresponde al paciente 5 el cual obtuvo 26 puntos en la escala de funcionalidad y el puntaje es 4 dándonos una perdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 6

Tabla 6

SI LO HACE		32
LO HACE CON DIFICULTAD		1
	TOTAL	33

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.

INTERPRETACION: el paciente número 6 es totalmente funcional ya que en la escala de funcionalidad obtuvo 33 siendo 5 su puntaje

PACIENTE # 7

Tabla 7

SI LO HACE		30
LO HACE CON DIFICULTAD		3
	TOTAL	33

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.

INTERPRETACION: El puntaje obtenido del paciente 7 es de 33 en la escala de funcionalidad el puntaje es 5 lo cual evidencia que es un paciente totalmente funcional

PACIENTE # 8

Tabla 8

SI LO HACE		27
LO HACE CON DIFICULTAD		5
	TOTAL	32

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.

INTERPRETACION: : El puntaje obtenido del paciente 8 es de 32 en la escala de funcionalidad el puntaje es 4 lo cual evidencia una pérdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 9

Tabla 9

SI LO HACE		23
LO HACE CON DIFICULTAD		8
	TOTAL	31

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.

INTERPRETACION: El resultado del paciente 9 en funcionalidad es de 31 el puntaje es 4 lo cual evidencia una perdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 10

Tabla 10

SI LO HACE		18
LO HACE CON DIFICULTAD		10
	TOTAL	28

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.

INTERPRETACION: El paciente 10 presenta leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación ya que obtuvo 28 puntos en la escala de funcionalidad y el puntaje es 4

PACIENTE # 11

Tabla 11

SI LO HACE		25
LO HACE CON DIFICULTAD		5
	TOTAL	30

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.

INTERPRETACION: : El puntaje obtenido del paciente 11 es de 30 en la escala de funcionalidad el puntaje es 4 lo cual evidencia una perdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 12

Tabla 12

SI LO HACE		19
LO HACE CON DIFICULTAD		6
	TOTAL	25

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.

INTERPRETACION: En la tabla el paciente 12 en la escala de funcionalidad obtiene 25 puntos lo que califica como 4 lo cual evidencia una perdida leve de la funcionalidad, leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación

PACIENTE # 13

Tabla 13

SI LO HACE		6
LO HACE CON DIFICULTAD		7
	TOTAL	13

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.

INTERPRETACION: El paciente 13 muestra un puntaje de 13 en la escala de funcionalidad y su valoración es 2 lo cual evidencia una perdida grave de la funcionalidad, limitación funcional grave del equilibrio y coordinación, limitación funcional grave de la motricidad gruesa y severa de la motricidad fina

4.1.2 Adaptabilidad

PACIENTE #1

DEPENDENCIA	10	
ENTORNO	6	
	TOTAL	16

Tabla 14

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE		¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 TOTALMENTE ADECUADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	5
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL		10		6		16

INTERPRETACION: Obtenido del paciente un puntaje de 16 en la siendo 10 en dependencia y 6 4 lo cual evidencia una perdida leve de la adaptabilidad, es un paciente con dependencia escasa y una inadecuación leve del entorno

PACIENTE # 3

DEPENDENCIA	11	
ENTORNO	5.5	
	TOTAL	16.5

Tabla 16

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE		¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 TOTALMENTE ADECUADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	5
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL		11		5.5		16.5

INTERPRETACION: El paciente 3 obtuvo 11 puntos lo que nos evidencia una dependencia escasa, de acuerdo a entorno obtuvo un puntaje de 5.5 con una inadecuación leve del entorno dando un total de 16.5 con una valoración 4 en adaptabilidad que representa una pérdida leve de la adaptabilidad

PACIENTE #5

DEPENDENCIA	9	
ENTORNO	6	
	TOTAL	15

Tabla 18

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	9		6		15	

INTERPRETACION: El puntaje obtenido del paciente 5 de acuerdo a dependencia es 9 lo que nos evidencia una dependencia escasa de acuerdo a entorno obtuvo un puntaje de 6 con entorno totalmente adecuado dando un total de 15 y una valoración de 4 perdida leve de la adaptabilidad

PACIENTE #6

DEPENDENCIA	6	
ENTORNO	3.5	
	TOTAL	9.5

Tabla 19

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL		6		3.5	9.5	

INTERPRETACION: En dependencia el paciente 6 obtiene 6 puntos lo que nos muestra una dependencia moderada y de acuerdo a entorno obtuvo un puntaje de 3.5 con una inadecuación grave del entorno dando un total de 9.5 y una valoración de 3 pérdida moderada de la adaptabilidad.

PACIENTE # 7

DEPENDENCIA	12	
ENTORNO	5.5	
	TOTAL	17.5

Tabla 20

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	12		5.5		17.5	

INTERPRETACION: En el cuadro de adaptabilidad el paciente 7 obtuvo 12 en dependencia que nos evidencia que es una persona totalmente independiente de acuerdo al entorno obtuvo un puntaje de 5.5 con una inadecuación leve del entorno dando un total de 17.5 y una valoración de 4 pérdida leve de la adaptabilidad

PACIENTE # 8

DEPENDENCIA	12	
ENTORNO	5.5	
	TOTAL	17.5

Tabla 21

Dependencia	Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad	
Preguntas 35,37-47	Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado			
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	12	5.5	17.5			

INTERPRETACIÓN: El paciente 8 presenta pérdida leve de la adaptabilidad ya que obtuvo de acuerdo a dependencia es 12 lo que nos evidencia que es una persona totalmente independiente y de acuerdo al entorno obtuvo un puntaje de 5.5 con una inadecuación leve del entorno dando un total de 17.5 y una valoración de 4

PACIENTE # 9

DEPENDENCIA	8	
ENTORNO	3.5	
	TOTAL	11.5

Tabla 22

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE		¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 TOTALMENTE ADECUADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	5
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA	RESULTADO DEL PACIENTE	¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL		8		3.5		11.5

INTERPRETACIÓN: El puntaje obtenido del paciente 9 de acuerdo a dependencia es 8 lo que nos evidencia que tiene una dependencia escasa, de acuerdo al entorno obtuvo un puntaje de 3.5 con una inadecuación grave del entorno es decir paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

PACIENTE #10

DEPENDENCIA	5	
ENTORNO	4	
	TOTAL	9

Tabla 23

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE		¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 TOTALMENTE ADECUADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	5
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL		5		4		9

INTERPRETACION: El paciente 10 muestra que de acuerdo a dependencia tiene una dependencia moderada, y de acuerdo al entorno tiene inadecuación moderada del entorno y una pérdida moderada de la adaptabilidad y el paciente presenta dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

PACIENTE # 11

DEPENDENCIA	7	
ENTORNO	1.5	
	TOTAL	8.5

Tabla 24

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	7		1.5	8.5		

INTERPRETACION: Se obtiene 7 puntos lo que nos evidencia que tiene una dependencia moderada, con una inadecuación total del entorno dando un total de 8.5 y una valoración de 3 pérdida moderada de la adaptabilidad Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno.

PACIENTE #12

DEPENDENCIA	4	
ENTORNO	1.5	
	TOTAL	5.5

Tabla 25

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE	RESULTADO DEL PACIENTE	¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 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 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	4		1.5	5.5		

INTERPRETACIÓN: El puntaje obtenido del paciente 12 de acuerdo a dependencia es 4 lo que nos evidencia que tiene una dependencia severa, de acuerdo al entorno obtuvo un puntaje de 1.5 con una inadecuación total del entorno dando un total de 5.5 y una valoración de 2 perdida grave de la adaptabilidad

PACIENTE #13

DEPENDENCIA	0	
ENTORNO	2	
	TOTAL	2

Tabla 26

Dependencia		Entorno			Resultado Adaptabilidad	Puntaje Adaptabilidad
Preguntas 35,37-47		Preguntas 38,48-52	Valor	Resultado		
12 Negaciones INDEPENDIENTE		¿Usted desayuna almuerzo y merienda?	SI= 0.5	6 TOTALMENTE ADECUADO	18 TOTALMENTE ADAPTABLE Paciente independiente con un entorno totalmente adecuado	5
9-11 Negaciones DEPENDENCIA ESCASA	RESULTADO DEL PACIENTE 12	¿Usted asiste a actividades sociales, recreacionales, vocacionales.	SI=2	5 INADECUACION LEVE	13-17 PERDIDA LEVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia escasa inadecuación leve del entorno	4
5-8 Negaciones DEPENDENCIA MODERADA		¿Usted utiliza el servicio de transporte adecuadamente	SI=2	4 INADECUACION MODERADA	8-12 PERDIDA MODERADA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia moderada e inadecuación moderada del entorno	3
1-4 Negaciones DEPENDENCIA SEVERA		¿Usted es maltratado dentro del hogar?	NO=0.5	3 INADECUACION GRAVE	3-7 PERDIDA GRAVE DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia severa e inadecuación grave del entorno	2
0 Negaciones DEPENDENCIA TOTAL		¿Usted utiliza pañal?	NO=0.5	2 INADECUACION SEVERA	0-2 PERDIDA SEVERA DE LA ADAPTABILIDAD Paciente con dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno	1
		¿Usted se considera una persona con discapacidad?	SI=0.5	1 INADECUACION TOTAL		
TOTAL	0		1,5	1,5		

INTERPRETACION: En la tabla # 26 el total de adaptabilidad es 1 presentando perdida severa de la adaptabilidad el paciente presenta dependencia total e inadecuación severa o grave del entorno obteniendo de acuerdo a dependencia 0 lo que nos evidencia que tiene una dependencia total, y de acuerdo al entorno obtuvo un puntaje de 1,5 con una inadecuación severa del entorno dando un total de 1,5

Tabla 27 Índice de funcionalidad

FUNCIONALIDAD			
PUNTAJE	RESULTADO	TOTAL PACIENTES	PORCENTAJE
1	PERDIDA SEVERA	0	0,00
2	PERDIDA GRAVE	1	7,69
3	PERDIDA MODERADA	0	0,00
4	PERDIDA LEVE	9	69,23
5	TOTALMENTE FUNCIONAL	3	23,08
		13	100,00

De acuerdo a la funcionalidad el 69,23% de la población presento una perdida leve de la funcionalidad, el 23,08% de la población de estudio resultaron ser totalmente funcionales y tan solo el 7,69% presenta una perdida grave de la funcionalidad.

Tabla 28 Índice de dependencia

DEPENDENCIA			
PUNTAJE	RESULTADO	PACIENTES	PORCENTAJE%
0 negaciones	DEPENDENCIA TOTAL	1	7,69
1-4 negaciones	DEPENDENCIA SEVERA	1	7,69
5-8 negaciones	DEPENDENCIA MODERADA	3	23,08
9-11 negaciones	DEPENDENCIA ESCASA	5	38,46
12 negaciones	INDEPENDIENTE	3	23,08
		13	100,00

En cuanto a la dependencia el 38,4% presentó alguna dependencia escasa. Así mismo, se evidencio dos grupos cada uno con un 23% del total de la población, uno presento dependencia moderada y el otro presento ser totalmente independientes

Tabla 29 Índice de entorno

ENTORNO			
PUNTAJE	RESULTADO	PACIENTES	PORCENTAJE %
1	INADECUACION TOTAL	2	15,38
2	INADECUACION SEVERA	1	7,69
3	INADECUACION GRAVE	2	15,38
4	INADECUACION MODERADA	2	15,38
5	INADECUACION LEVE	3	23,08
6	TOTALMENTE ADECUADO	3	23,08
		13	100,00

Al valorar su situación en cuanto al entorno Se tuvo dos grupos cada uno con 23% del total de la población de los cuales uno presentó un entorno totalmente adecuado y en lo otro con una inadecuación leve además, se presentaron tres grupos cada uno con el 15% de la población uno presentó una inadecuación total del entorno otro con una inadecuación grave y el ultimo con una inadecuación moderada

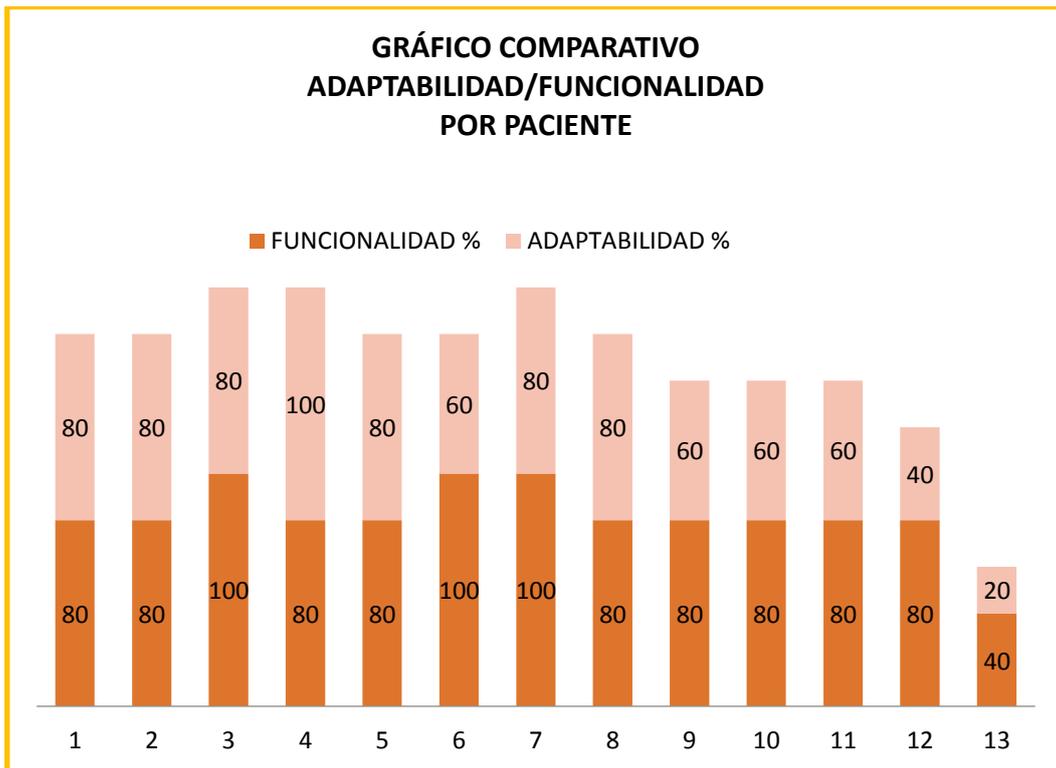
Tabla 30 Índice de adaptabilidad

ADAPTABILIDAD			
PUNTAJE	RESULTADO	PACIENTES	PORCENTAJE %
1	PERDIDA SEVERA	1	7,69
2	PERDIDA GRAVE	1	7,69
3	PERDIDA MODERADA	4	30,77
4	PERDIDA LEVE	5	38,46
5	TOTALMENTE ADAPTABLE	2	15,38
		13	100,00

En cuanto a la adaptabilidad el 38,4% de la población presentó una pérdida leve; El 30,7% una pérdida moderada Y un 15,3 % Es totalmente adaptable el 7,6% perdida severa y así mismo el 7,6% perdida grave de la adaptabilidad

El estudio para relacionar la adaptabilidad y funcionalidad estableció cuan proporcional es el uno del otro es decir cuan proporcional es la adaptabilidad y la funcionalidad

Gráfico 1 Relación de la adaptabilidad y funcionalidad



Podemos evidenciar que 4 personas de la población de estudio son directamente proporcionales presentando el 80% de funcionalidad y el 80% de adaptabilidad, 3 personas son medianamente proporcionales siendo 100% funcionales y 80% adaptables o viceversa, 5 personas son relativamente proporcionales y tan solo 1 sola persona son inversamente proporcionales 40% de funcionalidad y tan solo un 20% adaptable.

A lo que a nuestro estudio relaciona que el 29% de la población de estudio son directamente proporcionales, el 21% son medianamente proporcionales, el 36% de la población son relativamente proporcionales y tan solo el 14% de la población son inversamente proporcionales

El gráfico 1 muestra que el 29% de la población de estudio son directamente proporcionales, el 21% son medianamente proporcionales, el 36% de la población son relativamente proporcionales y tan solo el 14% de la población son inversamente proporcionales

Gráfico 2 Porcentajes de funcionalidad y adaptabilidad

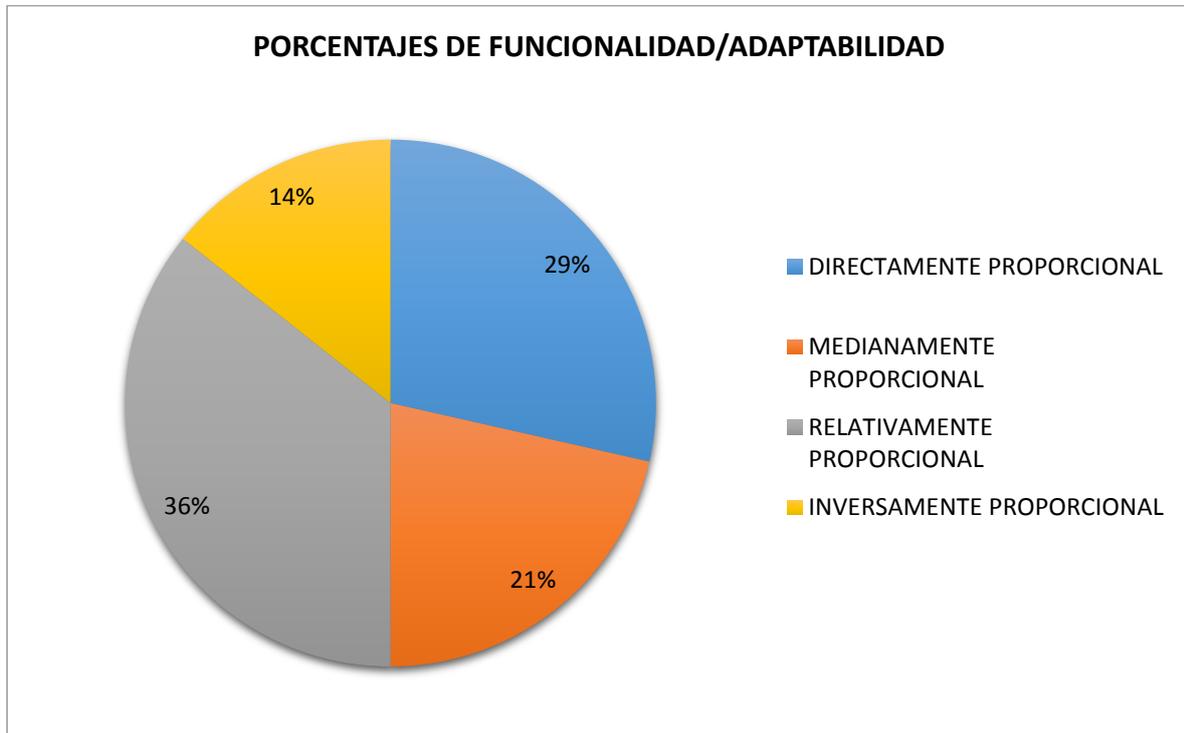


Tabla 31 Índice de motricidad fina

	MOTRICIDAD FINA	PORCENTAJE
NO LO HACE	5	13%
LO HACE	25	64%
LO HACE CON DIFICULTAD	9	23%
TOTAL		100%

Tabla 32 índice de motricidad gruesa

	MOTRICIDAD GRUESA	PORCENTAJE
SI LO HACE	70	62%
LO HACE CON DIFICULTAD	22	19%
NO LO HACE	23	20%
TOTAL		100%

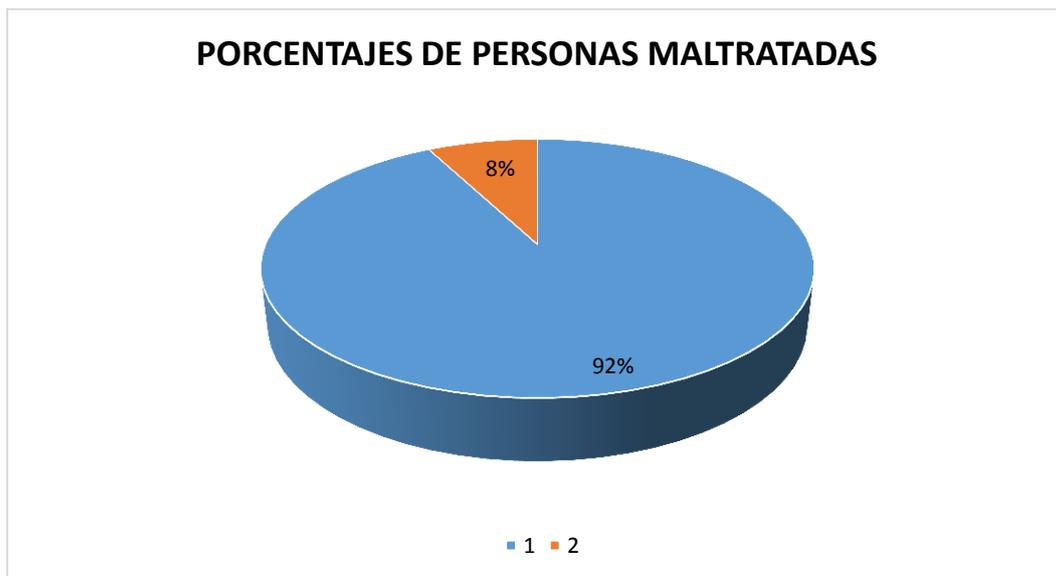
Se puede evidenciar en las tablas tanto de motricidad fina y gruesa que el paciente realiza la acción pedida en un mayor porcentaje sin ninguna dificultad colocándola en un 62% al total del 100% en motricidad gruesa y un 64% en la motricidad fina

Tabla 33 Índice de maltrato de las personas con discapacidad

MALTRATO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD		PORCENTAJE
NO	12	92%
SI	1	8%
TOTAL	13	100%

Del 100 % de las personas con discapacidad física de la comunidad de Pataqui tan solo un 8% sufre de algún tipo de maltrato y quien lo hace es la persona encargada de su cuidado.

Gráfico 3 personas maltratadas



Siendo que el maltrato y la discapacidad es un tema poco abordado uno de los objetivos de la investigación fue determinar cuántos sufren de maltrato dentro del hogar evidenciando que a pesar de que el porcentaje en la comunidad de Pataqui fue bajo se puede decir que fue un porcentaje alentador pero nada positivo.

4.2 Discusión de resultados

El 23% de la población de estudio son totalmente funcionales, el 69% de la población presentó una pérdida leve en su funcionalidad, es decir que presentaron una Leve limitación funcional en actividades que requieren equilibrio y coordinación y el 7% restante presentó una pérdida grave en la funcionalidad, es decir tuvieron una limitación funcional grave del equilibrio y coordinación y una limitación funcional grave de la motricidad gruesa y severa de motricidad fina; el informe mundial de la discapacidad emitido por la Organización Mundial de la Salud evidencia que la tasa de funcionalidad severa, en las personas con discapacidad, supera el 80%, sería importante comparar el instrumento, los parámetros tomados en cuenta en el instrumento y la metodología utilizada por la OMS para establecer la clasificación (OMS , 2011); ya que las estadísticas arrojadas en este estudio no concuerdan con las estadísticas a nivel mundial, es importante recordar que el instrumento utilizado en esta investigación se está probando para poder establecer una validación confiable.

La dependencia se mide según el desenvolvimiento de los roles en las actividades de la vida diaria; en el presente estudio el 38,4% de la población presenta dependencia escasa, asimismo se evidenció a dos grupos cada uno con un 23% del total de la población, de los cuales uno presentó dependencia moderada y el otro presentó ser totalmente independientes; de la misma manera, el informe mundial de la discapacidad de la OMS menciona investigaciones sobre personas con discapacidad en donde se evidencia que cada vez las personas en esta condición son más dependientes, sobre todo en las actividades de la vida diaria por ejemplo, el 42% de la población no podía entrar o salir de la cama o moverse de su silla porque no tenían otra persona que le ayudase, esto quiere decir que casi la mitad de las personas con discapacidad necesitan ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Según lo mostrado en el informe mundial de la OMS la realidad evidenciada en la población objeto de ésta investigación no concuerda. (OMS , 2011)

Al valorar su situación en cuanto al entorno se obtuvo dos grupos cada uno con 23% del total de la población de los cuales uno presentó un entorno totalmente

adecuado y en lo otro con una inadecuación leve; además se presentaron tres grupos cada uno con el 15% de la población uno presentó una inadecuación total del entorno, el otro con una inadecuación grave y el último con una inadecuación moderada; la valoración del entorno es muy importante ya que es por medio de esto que se puede determinar el nivel de accesibilidad que las personas tienen lo cual conlleva a analizar el grado de oportunidades que esta población puede tener, el entorno comprende todo el medio que rodea al individuo, esto incluye: elementos, ayudas y personas que proporcionen la facilidad para desplazarse y alcanzar el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria; (OMS , 2011)el instrumento presenta una deficiencia en el sistema de evaluación del entorno ya que se limita a valorar el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y presenta un faltante en cuanto a la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria; es importante recalcar que la accesibilidad a elementos básicos va a garantizar el cumplimiento de los derechos como son la facilidad para alcanzar servicios como educación, salud, trabajo, etc. (TEO, 2015)

Si el efecto del entorno es fundamental en la independencia la adaptabilidad aún más ya que esta comprende el engrane del sujeto con el entorno; en cuanto a la adaptabilidad el 38,4% de la población presentó una pérdida leve; el 30,7% una pérdida moderada y un 15,3 % es totalmente adaptable; esto quiere decir que las personas con discapacidad de la comunidad Pataqui del cantón Otavalo en su gran mayoría no presentan dificultades para desarrollar sus actividades, aunque el instrumento no facilita la recolección de información sobre desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria. (TEO, 2015)

Se puede evidenciar que 4 personas de la población de estudio son directamente proporcionales presentando el 80% de funcionalidad y el 80% de adaptabilidad, 3 personas son medianamente proporcionales siendo 100% funcionales y 80% adaptables o viceversa, 5 personas son relativamente proporcionales dividiéndose 3 con el 80% de funcionalidad y el 60% de adaptabilidad y uno presenta 100% de funcionalidad pero es el 60% adaptable, y tan solo 1 persona es inversamente proporcional con tan solo un 20% adaptable y 40% funcional.

El 29% de la población de estudio resulto ser proporcionales en cuanto a funcionalidad y adaptabilidad, el 21 % fueron medianamente proporcionales y el 36% de la población son relativamente proporcionales y tan solo el 14% de la población de estudio resultaron ser inversamente proporcionales.

4.3 Respuestas a las Preguntas de Investigación

¿Cuál es la relación de la funcionalidad y la adaptabilidad de cada persona con discapacidad física de la comunidad Pataquí del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el periodo 2014?

Para relacionar la funcionalidad con la adaptabilidad nuestro estudio estableció cuan proporcional es el uno del otro, que tan adaptable esta cada paciente de acuerdo a su funcionalidad o viceversa.

A lo que a nuestro estudio relaciona que el 29% de la población de estudio son directamente proporcionales, el 21% son medianamente proporcionales, el 36% de la población son relativamente proporcionales y tan solo el 14% de la población son inversamente proporcionales

El gráfico 1 muestra que el 31% de la población de estudio son directamente proporcionales, el 23% son medianamente proporcionales, el 38% de la población son relativamente proporcionales y tan solo el 8% de la población son inversamente proporcionales

¿Cuál es la condición de la motricidad fina y gruesa de cada persona con discapacidad física de la comunidad Pataqui?

Para establecer cuál es la motricidad fina y gruesa la encuesta se encontró dividida en 3 preguntas de motricidad fina y 9 preguntas de motricidad gruesa, la pregunta 23 a la 25 nos revelo la motricidad fina de cada paciente y en general se puede decir que del total de los 13 paciente su motricidad fina está en un 64%

encontrándose en una escala muy buena ya que de esa motricidad solo un 13% se vio alterado en la micro-motricidad o motricidad de la pinza digital que tiene relación con la habilidad motriz de las manos y los dedos en la valoración se la desarrollo en preguntas claves como: recortar, pintar trazos dibujar donde la persona fue valorada de manera observacional y cualitativa, mientras que la motricidad gruesa siendo que son movimientos generales que realiza el cuerpo con la capacidad de identificar su lateralidad y mantener el equilibrio y coordinación esta coordinación y armonía se las represento en actividades que impliquen la coordinación y equilibrio movimientos básicos del cuerpo ,sostenerse mantenerse en pie, caminar, subir y bajar escaleras en cuanto a estos puntos de motricidad los resultados fueron claros y positivos ya que mediante el proceso de aplicación de la encuesta las personas con discapacidad mostraron una ideal aceptación a las pregunta y a la acciones por realizar dándonos un porcentaje del 64% de personas que acataban correctamente la acción en cuanto a motricidad gruesa y un 20% que se encontró alterada de la misma

¿Cuántas personas con discapacidad física sufren algún tipo de maltrato dentro del hogar y quien o quienes lo maltratan?

En la Comunidad de Pataqui el maltrato físico hacia las personas con discapacidad se mostró en un porcentaje bajo del 100% de las personas de estudio tan solo el 8% sufriría algún tipo de maltrato y quien lo hacía era un familiar directo la misma persona encargada de su cuidado.

Es muy común que a una persona con cualquier discapacidad se les maltrate de forma física o emocional simplemente porque no han cumplido con esos parámetros o estándares corporales, de inteligencia, de interacción social, de habilidad pero de qué manera surge el maltrato hacia las personas con discapacidad, en muchas ocasiones las situaciones de maltrato se dan desde el momento en que la familia se entera de la discapacidad es importante resaltar que el maltrato no solo se realiza por acción sino también por omisión, la indiferencia hacia la persona con discapacidad es una forma de maltrato muy frecuente, ignorar y desatender las necesidades de la persona con discapacidad, como es el caso del paciente #13 que

no solo presento un puntaje bajo en funcionalidad y adaptabilidad sino que también manifestó algún tipo de maltrato, la relación entre violencia y discapacidad es un tema poco abordado por eso en nuestro estudio recalcamos un objetivo muy importante como lo es el maltrato hacia esta población realizando una pregunta abierta de si es o no maltratado y quien lo hace, arrojándonos un resultado realmente positivo aunque no muy alentador.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Al valorar la funcionalidad de las personas con discapacidad física del cantón Pataqui se ha demostrado que 9 de las 13 personas presentan una pérdida leve, 3 son totalmente funcionales y 1 persona presenta pérdida grave de la funcionalidad.
- Al valorar la adaptabilidad de las personas con discapacidad física del cantón Pataqui se ha demostrado que 6 de 13 personas presentaron pérdida leve de la adaptabilidad, 4 de ellas presentan pérdida moderada, 1 pérdida grave, 1 pérdida severa y solo una es totalmente adaptable al entorno e independiente.
- Al valorar motricidad fina y gruesa se demostró que el 64% de la población de estudio presenta una buena motricidad fina, mientras tanto el 23 % lo hace con dificultad, en cuanto a motricidad gruesa el 62% presenta una buena motricidad gruesa y un 20% lo hace con dificultad.
- La investigación arrojó que de la población de estudio tan solo 1 persona es maltratada dentro del hogar por un familiar directo, lo cual es un buen resultado ya que no se presenta un alto índice de maltrato familiar.
- Ecuador no cuenta con estadísticas sobre la funcionalidad y adaptabilidad de las personas con discapacidad física, ya que la información existente solo nos muestra la cantidad de personas con discapacidad y su ubicación.

- No existe personal de fisioterapia y rehabilitación que este altamente capacitado para atender las necesidades de las personas con discapacidad física. Las personas con discapacidad física de la comunidad no siempre son incluidas a las actividades colectivas ni familiares por falta de accesibilidad o por falta de medios de ayudas técnicas.

5.2 Recomendaciones

- Nuestra información estadística obtenida en este trabajo sobre funcionalidad y adaptabilidad serviría como referente para estudios investigativos posteriores.
- Crear programas de capacitación en atención e inclusión de personas con discapacidad en zonas rurales y así poder satisfacer con las necesidades de los pacientes.
- Facilitar órtesis que sean adaptables al medio ambiente en el que se desenvuelve el paciente con discapacidad física para mejorar en algo su estilo de vida y que puedan incorporarse a las actividades sociales de la colectividad.
- Recomendar a los familiares, vecinos, y amigos que integren e incluyan a las personas con discapacidad las actividades de la vida diaria.

5.3 Glosario de términos

- **Actividad:** Es la capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea en un entorno uniforme.
- **Adaptación:** Acción de adaptarse o adecuarse a algo.
- **Adaptabilidad:** es la cualidad de las personas o cosas de tener 'capacidad de adaptación'
- **Barrera arquitectónica** Parte de una construcción que impide o dificulta la circulación de una persona discapacitada o con otras minusvalías físicas, como una escalera o el borde de una acera.
- **Bienestar:** Es un término general que engloba el universo global de los dominios de la vida humana, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se puede llamar una vida nueva
- **CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud.
- **Condición de salud:** Término baúl para enfermedades, trastornos o lesiones una condición de salud puede incluir otras circunstancias como embarazo, envejecimiento estrés.
- **Constructo:** Son definidos a través del uso de calificadores
- **Deficiencia:** Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".
- **Dependencia personal.-** Incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y para requerir ayuda para su realización.

- **Discapacidad.**-Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- **Eficacia.**-f. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.
- **Eficiencia** s. f. Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función
- **Estructuras corporales:** Son las partes anatómicas del cuerpo tal es el caso de los órganos las extremidades y sus componentes
- **Funciones corporales:** Son las funciones fisiológicas o psicológicas de los sistemas corporales
- **Funcionalidad.**- Conjunto de características que hacen que algo sea práctico y utilitario.
- **Habitación.**-. Acción y efecto de habitar o habituarse. Sinónimo: adaptación
- **Limitación en la actividad:** Son dificultades que un individuo puede presentar en la realización de actividades.
- **MOH:** Modelo de Ocupación Humana.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **Prevención.**-Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.
- **Volición.**- Acto de la voluntad, que comprende: deliberación, decisión y ejecución.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- De las Heras, C., Llerena , V., & Kielhofner, G. (2003). *Proceso de remotivación: Intervención*. Reencuentros.
- 2- Feinstein, A., Josephy, B., & Wells, C. (1986). Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Ann Intern Med* , 413-420.
- 3- Alva, M. (2011 ABRIL). *LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN AMERICA LATINA*. SANTIAGO DE CHILE: NACIONES UNIDAS.
- 4- Aponte Garzon , L. (2011). Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la. *Efermeria Global* , 191-201.
- 5- Cespedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 108-113.
- 6- Cid, J., Damián, J., & Hopkins, J. (1997). VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. *Rev. Esp. Salud Publica*.
- 7- Constitucion de la República del Ecuador. (2008). *Constitucion de la República del Ecuador*. Montecristi.
- 8- Daza Lesmes , J. (2007). *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Bogotá, Colombia: Panamericana .
- 9- Doc Margareth Chan (OMS), R. (. (2011). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD*. MALTA.
- 10-Egea Garcia , C., & Sarabia Sanchez, A. (2001). Clasificación de la OMS sobre discapacidad. *Articulos y notas*, 15-30.
- 11-Waslsh , N., & The Walter , J. (2004). Global initiatives in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil*, 1395-402.
- 12-Fernández López, J. A., & Fernández-Fidalgo, M. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 775-783.
- 13-OMS & OPS. (2001). *CIF, Clasificacion Internacion de Discapacidad* . España: IMSERSO.
- 14-Shakespeare, T., & Watson, N. (2002). The social model of disability: an outdated ideology? *Res Soc Sci*, 2:9-28.
- 15-Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* , 835-840.

- 16-Heras Muñoz, B., & García Baladés, E. (2013). APLICACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA EN PERSONAS CON. *terapiaocupacional*, 1-6.
- 17-Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana : teoría y aplicación*. Argentina : Panamericana .
- 18-Granger, C., Dewis, L., Peters, N., Sherwood, C., & Barrett, J. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil* , 14-17.
- 19-UIPC-Inmerso. (21 de diciembre de 2014). *Unidad 2. Evolucion Historica de los Modelos en los que se fundamenta la discapacidad*.
- 20-Solano Murillo, D. (22 de Enero de 2015). *Guía para la Evaluación de la Funcionalidad a Personas con Discapacidad Participantes en Formación Profesional del INA*.

LINKOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (10 de Enero de 2015). *Ley Orgánica de Discapacidades* . Obtenido de
2. http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ecuaonline.net%2Fhtml%2Fdocs%2FLEYORGANICADEDISCAPACIDADES.pdf&ei=HdLSU4q2OCvmsASUsYGYDw&usq=AFQjCNG_ryDa-STQKxXSZWnT2-mUIZR17w&sig2=jstlAa
3. CONADIS. (06 de Agosto de 2008). *CONADIS*. Obtenido de Ley de las Discapacidades: <https://dredf.org/international/Ecuador2.pdf>
4. FENEDIF. (s.f.). Obtenido de ESTADISTICAS: http://www.discapacidadesecuador.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=105775-783.
5. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (10 de Enero de 2015). *Ley Orgánica de Discapacidades* . Obtenido de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ecuaonline.net%2Fhtml%2Fdocs%2FLEYORGANICADEDISCAPACIDADES.pdf&ei=HdLSU4q>

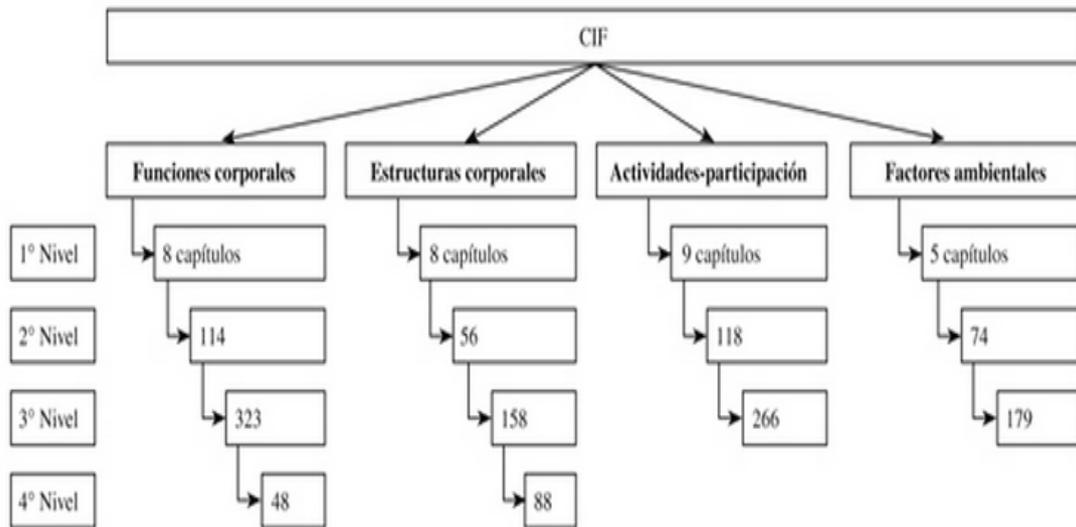
2OcvmsASUsYGYDw&usg=AFQjCNG_ryDa-STQKxXSZWnT2-
mUIZRl7w&sig2=jstIAa

6. Bertruzzi, P., Colángelo, E., & Santos Juliana. (20 de Enero de 2015). *diSC-AdApt*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/discadapt/ada>
7. Fuentes, A. (21 de Diciembre de 2014). *slideshare*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/>
8. Gobierno Parroquial de San Pedro de Pataquí. (27 de Diciembre de 2014). *Sistema Nacional de Infronmación*. Obtenido de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/%23recycle/PDyOTs%202014/1060017070001/PDyOT/14022013_113102_CONTENTIDO%20PRINCIPAL%20PDOT.pdf
9. Hospitales NISA. (24 de Enero de 2015). *Actividades Básicas de la Vida Diaria*. Obtenido de <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-basicas-de-la-vida-diaria/>
10. INEGI. (16 de Diciembre de 2014). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/>
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/publicaciones>
11. Infocentros. (7 de Enero de 2015). *Infocentro San Pedro de Pataquí*. Obtenido de <http://infocentros.gob.ec/pataqui/nosotros.php>
12. SILVA, P. O. (DICIEMBRE de 2011). Obtenido de TESIS SOBRE DISCAPACIDAD:
<http://www.fnd.cl/Informe%20de%20Tesis%20sobre%20Discapacidad%20y%20Trabajo.pdf>
13. Silva, P. O. (DICIEMBRE de 2011). *FNDCL*. Obtenido de <http://www.fnd.cl/Informe%20de%20Tesis%20sobre%20Discapacidad%20y%20Trabajo.pdf>
14. TEO. (23 de Enero de 2015). *Actividades de la Vida Diaria*. Obtenido de <http://terapeutas.blogspot.com/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>

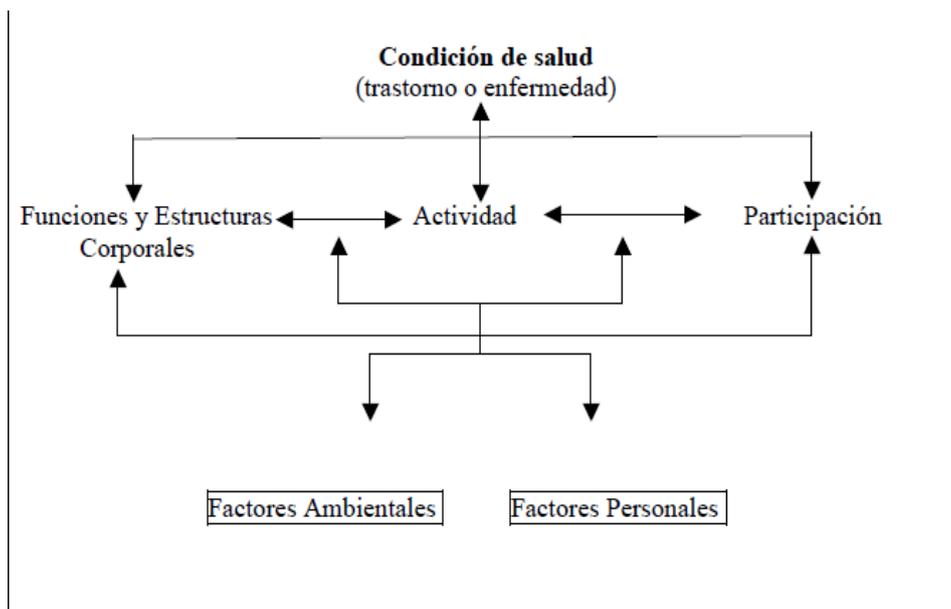
ANEXOS

Anexo N° 1 Estructura de la CIF

Estructura y distribución de las 1.424 categorías de la CIF en sus cuatro componentes y niveles jerárquicos



Anexo N° 2 Condición de salud



Anexo Nº 3 Índice de Barthel 15 actividades

Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación¹⁸

<i>Con ayuda</i>	<i>Independencia Dependencia</i>
<i>Índice de autocuidado</i>	
1. Beber de un vaso	400
2. Comer	600
3. Vestirse de cintura para arriba	530
4. Vestirse de cintura para abajo	740
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0-20
6. Aseo personal	500
7. Lavarse o bañarse	600
8. Control orina	1.050
9. Control heces	1.050
<i>Índice de movilidad</i>	
10. Sentarse y levantarse de la silla	1.570
11. Sentarse y levantarse del retrete	630
12. Entrar y salir de la ducha	100
13. Andar 50 metros sin desnivel	15.100
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	1.050
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	500

Anexo Nº 4 Índice de Barthel 10 actividades

Índice de Barthel, modificación de Shah et al¹³, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación

	<i>Incapaz de hacerlo</i>	<i>Intenta pero inseguro</i>	<i>Cierta ayuda necesaria</i>	<i>Mínima ayuda necesaria</i>	<i>Totalmente independiente</i>
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

Anexo N° 5 Escala FIM

Escala, sub-escalas, ítem y puntaje del FIM

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

Anexo N° 6 Niveles de independencia FIM

Niveles independencia FIM

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa
	6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión
	4. Asistencia mínima (mayor 75% independencia)
	3. Asistencia moderada (mayor 50% independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor 25% independencia)
	1. Asistencia total (menor 25% independencia)

Anexo N° 7 Modelo de la encuesta

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:

Cedula:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Etnia:

Genero:

Posee carnet del Conadis:

Numero de carnet del Conadis:

Tipo de discapacidad:

Porcentaje de discapacidad:

Dirección de su domicilio:

Referencia domiciliaria:

Número de teléfono:

Provincia:

Parroquia:

Cantón:

Comunidad:

CUESTIONARIO

1. ¿Por favor, puede tocarse las rodillas con la mano derecha? (si lo hace-no lo hace- lo hace con dificultad)
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? (6 y 7 afirmativas)
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)
23. Tiene dependencia a medicamentos oxígenos u otros
24. ¿Por favor, pinte el grafico?
25. ¿Por favor, una los puntos?
26. ¿Por favor, corte el papel por donde va la línea?
27. ¿Puede decir el nombre de los objetos que el encuestador le va a mostrar?
28. ¿Por favor puede hacer cara triste?
29. ¿Por favor, puede hacer cara feliz?
30. ¿Puede decirnos en que mes estamos?
31. ¿Puede mencionarnos la fecha de su nacimiento?
32. ¿Puede indicarme en qué lugar estamos?
33. ¿Puede indicarme que día es hoy?
34. ¿Puede decirme como se llama con quien vive?
35. ¿En su domicilio existe una persona destinada a su cuidado? (Si – No)
36. ¿Usted desayuna, almuerza y merienda?, o indicar cuantas.
37. ¿Necesita de ayuda para bañarse?
38. ¿Necesita ayuda para mantener una rutina diaria de aseo personal?, como lavarse los dientes, la cara o etc.
39. ¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?
40. ¿Necesita ayuda para desplazarse con instrumento, persona, etc.?, si es el caso indique cual o cuales.
41. ¿Necesita ayuda para acostarse o levantarse de la cama?

42. ¿Necesita ayuda para salir de su casa?
43. ¿Necesita ayuda para realizar actividades domésticas?, como barrer, tender la cama, lavar los platos, etc.
44. ¿Necesita ayuda para cocinar y/o servir alimentos?
45. ¿Necesita ayuda para realizar compras, ir al medio, ir al banco, a la iglesia, etc.?
46. ¿Necesita ayuda para subir o bajar escaleras?
47. ¿Necesita ayuda para administrar el dinero?
48. ¿Usted asiste a actividades sociales, recreativas, vocacionales, etc.?
49. ¿Es capaz de utilizar servicio de transporte adecuadamente?
50. ¿Usted es maltratado dentro del hogar?
51. Quien, quiénes lo Maltratan en el hogar?
52. ¿Utiliza pañal?
53. ¿Se considera usted una persona discapacitada?

Anexo N° 8 Fotos Pataqui

Evaluando motricidad gruesa paciente de Pataqui



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Evaluación de motricidad gruesa paciente de Pataqui



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Valoración motricidad fina paciente de Pataqui



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Valoración de motricidad fina paciente de Pataqui



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Realizando encuesta



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Identificación de objetos



Fuente: Andrea Vásquez- Milena Sinmaleza

Anexo N° 9 Formulario de consentimiento informado



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

Estimado participante:

Selección aleatoria

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

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

Participación voluntaria

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

Consentimiento para participar

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

Por la presente, proporciono mi **CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO**