



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO”.

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Terapia Física

Autor: Calles Pérez, Dario Marcelo

Tutora: Lic. Mg. Ortíz Villalba, Paola Gabriela

Ambato- Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO”, de Calles Pérez Dario Marcelo estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo de 2015

LA TUTORA

Lic. Mg. Ortíz Villalba, Paola Gabriela

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo de 2015

EL AUTOR

Calles Pérez, Dario Marcelo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo de 2015

EL AUTOR

Calles Pérez, Dario Marcelo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO”**, de Calles Pérez Dario Marcelo, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Mayo del 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por iluminar siempre en mi camino, por la fortaleza y sabiduría para terminar con éxito mi carrera universitaria, y alcanzar una de mis metas que me planteé desde que inicié mis estudios.

A mi madre y familia que son las personas más importantes en mi vida, que con su amor y sacrificio supieron motivarme moral y materialmente especialmente en los momentos más difíciles de mi vida, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega para culminar mis estudios que sin su apoyo no hubiese sido posible.

Dario

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, sus autoridades y maestros, que me abrieron las puertas del saber para formarme como un profesional competente y capaz.

Dario Calles

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento Del Problema.....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Análisis Crítico.....	5
1.2.3 Prognosis	6
1.2.4 Formulación Del Problema	7
1.2.5 Preguntas Directrices	7
1.2.6 Delimitación.....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos	9

1.4.1	Objetivo General	9
1.4.2	Objetivos Específicos.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes Investigativos.....	10
2.2	Fundamentación Filosófica	13
2.2.1	Fundamentación Axiológica	13
2.2.2	Fundamentación Ontológica	14
2.2.3	Fundamentación Epistemológica	14
2.3	Fundamentación Legal	14
2.4	Categorías Fundamentales	18
2.4.1	Desarrollo De La Variable Independiente.....	19
2.4.1.1	Psicometría.....	19
2.4.1.2	Validez	22
2.4.1.3	Confiabilidad.....	25
2.4.1.4	Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados Mymop 2.....	30
2.4.2	Desarrollo de la Variable Dependiente	37
2.4.2.1	Fisioterapia.....	37
2.4.2.2	Bienestar Físico Y Funcional	41
2.4.2.3	Discapacidad	43
2.4.2.4	Calidad De Vida De Las Personas Con Discapacidad	47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Enfoque De La Investigación.....	53
3.2	Modalidad De La Investigación	53
3.2.1	Investigación De Campo	53

3.2.2 Investigación Bibliográfica O Documental.....	53
3.3 Tipos de Investigación	54
3.3.1 Investigación Exploratoria	54
3.3.2 Investigación Descriptiva.....	54
3.4 Población Y Muestra.....	54
3.5 Operacionalización de Variables.....	56
3.6 Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	58
3.7 Plan de Recolección de la Información.....	58
3.8 Procesamiento Y Análisis	59

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Escala De Calidad De Vida (Gencat).....	61
4.2 Perfil De Desenlaces De Salud Autoevaluados Mymop2.....	69
4.3 Validación Inicial Del Perfil De MYMOP2.....	79

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	82
5.2 Recomendaciones.....	83

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Tema.....	84
6.2 Datos Informativos.....	84
6.3 Antecedentes	84
6.4 Justificación.....	85
6.5 Objetivos	85
6.5.1 Objetivo General	85

6.5.2 Objetivos Específicos.....	86
6.6 Análisis De Factibilidad.....	86
6.7 Fundamentación Científico-Técnico.....	89
6.8 Metodología. Modelo Operativo.....	100
6.9 Administración De La Propuesta	106
6.10 Previsión De La Evaluación.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	107
LINKOGRAFÍA.....	111
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA.....	115
ANEXOS.....	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Población	55
Tabla N° 2: V. I. Adaptación y Validación de MYMOP2	56
Tabla N° 3: Calidad de Vida de las personas con Discapacidad	57
Tabla N° 4: Recolección de la Información	59
Tabla N° 5: Género	61
Tabla N° 6: Edad Cronológica	62
Tabla N° 7: Discapacidad	64
Tabla N° 8: Procedencia	65
Tabla N° 9: Informe de Calidad de Vida escala GENCAT	66
Tabla N° 10: Síntoma prevalente	69
Tabla N° 11: Actividad	71
Tabla N° 12: Puntuación Escala MYMOP2	72
Tabla N° 13: Ingesta de Medicamento	73
Tabla N° 14: MYMOP2 aplicado 45 días después	76
Tabla N° 15: Evaluación inicial y de seguimiento	77
Tabla N° 16: Perfil MYMOP2	79
Tabla N° 17: Prueba t MYMOP2	80
Tabla N° 18: Metodología	100
Tabla N° 19: Previsión de la evaluación	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Árbol de problemas	5
Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales.....	18
Gráfico N° 3: Género	61
Gráfico N° 4: Edades según Género	62
Gráfico N° 5: Edad.....	63
Gráfico N° 6: Procedencia	65
Gráfico N° 7: Percentil escala GENCAT según género	67
Gráfico N° 8: Percentiles escala GENCAT	67
Gráfico N° 9: Síntomas	69
Gráfico N° 10: Actividad	71
Gráfico N° 11: Puntuación Escala MYMOP2	72
Gráfico N° 12: Puntuación Escala MYMOP2 por Géneros.....	73
Gráfico N° 13: Ingesta de Medicamento.....	73
Gráfico N° 14: MYMOP2 aplicado 45 días después	76
Gráfico N° 15: MYMOP2 aplicado 45 días después por Géneros.....	77
Gráfico N° 16: Evaluación inicial y de seguimiento.....	77
Gráfico N° 17: Perfil MYMOP2	80
Gráfico N° 18: Perfil MYMOP2	81
Gráfico N° 19: Fase informativa	101
Gráfico N° 20: Fase de Ejecución.....	105

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO”

Autor: Calles Pérez Dario Marcelo

Tutor: Lic. Mg. Paula Gabriela Ortíz Villalba

Fecha: Ambato, Marzo de 2015

RESUMEN

La adaptación y validación inicial del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 y su relación con la calidad de vida en personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” se justifica ante la necesidad de abordar de forma directa el problema que más aqueja a los pacientes con pluridiscapacidad con el propósito de ayudarlos a mejorar su bienestar general y por ende su calidad de vida. Para tal efecto se aplicó junto con el perfil MYMOP2 con su cuestionario de seguimiento y la escala GENCAT. Los resultados de la aplicación del perfil MYMOP2 evidenció una puntuación de 5 en la evaluación inicial que corresponde a deficiente y de 4 en el formulario de seguimiento correspondiente a regular. La interpretación de los hallazgos del perfil MYMOP2 señala que cualquier cambio que reduce la puntuación en el perfil de seguimiento por uno o más representa una mejora, tomando en cuenta que la escala va de 0 a 6; interpretando 0, tan bueno como podría ser y 6, tan malo como puede ser. De la misma manera la escala GENCAT se ubica en el percentil 5 que se lo interpreta como una baja calidad de vida. De esta forma se procedió replantear el tratamiento terapéutico el mismo que después de 45 días fue evaluado mediante el formulario de seguimiento del perfil MYMOP2, dando como resultado una mejoría en su calidad de vida, por lo tanto se recomienda divulgar los resultados obtenidos y organizar talleres de capacitación para el uso del MYMOP2 en pacientes con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: ADAPTACIÓN, VALIDACIÓN_INICIAL, MYMOP2, GENCAT, CALIDAD_VIDA, DISCAPACIDAD, TRATAMIENTO_TERAPÉUTICO, BIENESTAR_GENERAL, DESARROLLO_FÍSICO, INCLUSIÓN_SOCIAL.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF PHYSICAL THERAPY**

“ADAPTATION AND INITIAL VALIDATION OF HEALTH OUTCOMES PROFILE SELF-ASSESSED (MYMOP2) AND ITS RELATIONSHIP WITH THE QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE SAMPLE PROJECT" CARE AT HOME AND COMMUNITY "IN THE CANTON SALCEDO”

Author: Streets Marcelo Perez Dario

Tutor: Mr. Mg.. Paula Ortiz Gabriela Villalba

Date: Ambato, March 2015

SUMMARY

Adaptation and initial validation of the profile MYMOP2 self-assessed Health Outcomes and its relation to the quality of life of people with disabilities in the sample Project "Home Care and Community" is justified by the need to address directly the problem that afflicts most patients with multiple disabilities in order to help them improve their general well-being and therefore their quality of life. To this end was applied along with the profile MYMOP2 with follow-up questionnaire and GENCAT scale. The results of applying MYMOP2 profile showed a score of 5 in the initial evaluation corresponding to poor and 4 in the form of appropriate follow-regulate. The interpretation of the findings MYMOP2 profile indicates that any change that reduces the score profile tracking one or more represents an improvement, considering that the scale is 0-6; interpreting 0 as good as it could be and 6, as bad as it can be. Similarly GENCAT scale is located in the 5th percentile that is interpreted as a low quality of life. Thus proceeded rethink the therapeutic treatment the same as after 45 days was assessed by tracking form Profile MYMOP2, resulting in an improvement in their quality of life, therefore it is recommended disclose the results and workshops Training for use of MYMOP2 in patients with disabilities.

KEYWORDS: ADAPTATION, INITIAL_VALIDATION, MYMOP2, GENCAT, QUALITY OF LIFE, DISABILITY, THERAPEUTIC_TREATMENT, GENERAL_WELFARE, PHYSICAL_DEVELOPMENT, SOCIAL_INCLUSION.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad realizar la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2) y su relación con la calidad de vida en personas con pluridiscapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo.

La aplicación del perfil MYMOP2 fue una experiencia muy interesante puesto que permitió determinar el síntoma que más aquejaba a las personas con discapacidad para realizar una mejor planificación del tratamiento terapéutico a fin de abordar el problema específico que el paciente desearía mejorar para lograr una mejor calidad de vida.

Las personas con discapacidad son vulnerables a padecer enfermedades propias de su condición por tal razón es necesario que el equipo multidisciplinario aplique escalas psicométricas para un manejo adecuado, a fin de brindarles tratamiento específicos para su dolencia prevalente que muchas veces es imposible determinarlos, por lo que el uso del perfil MYMOP2 resultó ser de gran ayuda tanto para el paciente como para el personal técnico del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de Cantón Salcedo.

La Terapia Física en personas con discapacidad a través del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” ha logrado llegar a las personas más vulnerables y con mayor necesidad por su condición socio-económica; de tal manera que, que siempre será importante implementar nuevos métodos de diagnóstico para una mejor evaluación y atención personalizada.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DEL PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS (MYMOP2) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MUESTRA DEL PROYECTO “ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD” EN EL CANTÓN SALCEDO.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

Según (Chan, M. y otros, 2011) señala en el Resumen del Informe Mundial sobre la Discapacidad que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen los peores resultados sanitarios, académicos, una menor participación económica y tasas de pobreza más altas; Además, este informe mundial sobre la discapacidad propone medidas para todas las partes interesadas, incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad, para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, aplicar normas y legislaciones nuevas o existentes en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos. (p.5).

La discapacidad es un problema de salud pública a nivel mundial, los principales organismos internacionales han diseñado estrategias inclusivas para que todos los

países las acojan dentro de sus políticas públicas sanitarias y sociales prioritarias, las mismas que deben asegurar la adecuada atención para promover la rehabilitación de las personas con discapacidad a fin de asegurarles el buen vivir.

La medición de la calidad de vida de la población ha sido una preocupación mundial de los organismos de salud pública para lo cual se han creado y aplicado diversidad de instrumentos psicométricos para el efecto. Los cuestionarios que evalúan la calidad de vida para enfermedades agudas o crónicas en relación a los síntomas y el estado funcional del paciente con el tiempo, se los realiza a través de herramientas psicométricas, las mismas que se llenan en el primer momento para la toma de decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento a seguir.

En Ecuador, se han implementado proyectos educativos y de tratamiento a las personas con diferente discapacidad, estos proyectos han tenido una total aceptación porque ha permitido visibilizar e incluir a estas personas dentro de las diferentes actividades laborales, sociales y familiares, situación que es muy bien vista a nivel regional, ya que los gobiernos vecinos están pidiendo asesoramiento para ejecutar estos proyectos en sus respectivos países con la finalidad de mejorar la salud de la población discapacitada en pos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, “tomando en cuenta la discapacidad como componente importante de que estos objetivos no podrán alcanzarse sin la inclusión plena y eficaz de las personas con discapacidad y sin su participación en todas las etapas de los procesos referentes a los objetivos del Milenio”. (enable, 2010).

En el Ecuador no se ha realizado una adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en español, tomando en cuenta que es una herramienta psicométrica muy utilizada para evaluaciones clínicas específicas, porque posibilita escoger los dos aspectos más importantes que al paciente le aqueja durante un cierto tiempo para fijar metas de tratamiento y posterior recuperación.

De acuerdo con los datos del (INEN, 2010), en la ciudad de Salcedo existen 5.047 personas con discapacidades diferentes: 751 con retardo mental, 1.668 con parálisis cerebral, 1059 con discapacidad visual, 1.067 con discapacidad auditiva y 502 con discapacidad mental; lo cual demuestra la cobertura insuficiente que el organismo de estado ha desplegado, tomando en cuenta que la mayoría de las personas con discapacidad son de bajos recursos económicos y extrema pobreza y requieren de ayuda social.

Dado la visibilización en el Ecuador de las personas con pluridiscapacidad, cada vez, es más frecuente la preocupación de los organismos de salud pública por adaptar no solo políticas sino métodos y procedimientos de ayuda para mejorar la calidad de vida, es así como, en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo según las fichas técnicas revisadas existen 100 beneficiarios con pluridiscapacidad; el 70% son personas analfabetas, adultos mayores, provenientes de las zonas rurales, de escasos recursos económicos y con limitado acceso a programas de ayuda social y sanitaria; por lo que, en estas personas jamás se han aplicado herramientas psicométricas para medir su calidad de vida en relación a su pluridiscapacidad y así, encaminarlos al buen vivir.

Árbol de Problemas

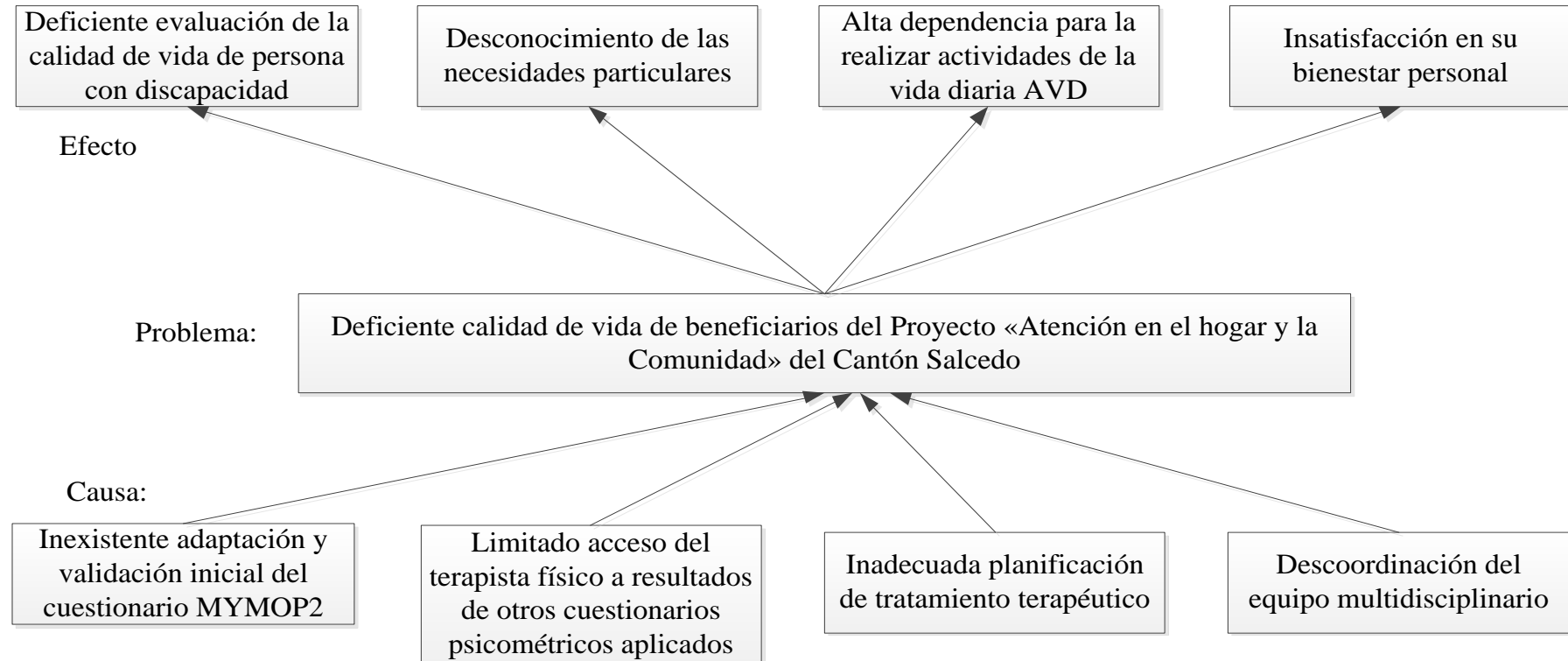


Gráfico N° 1: Árbol de problemas
Elaborado por: Dario Calles

1.2.2 Análisis Crítico

En el Programa “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo, se ha notado una deficiente calidad de vida de los beneficiarios ocasionado por la inexistente adaptación cultural y validación inicial del cuestionario MYMOP2 lo cual genera una deficiente evaluación de la calidad de vida de las personas discapacitadas que asisten a esta institución.

El limitado acceso del Terapista Físico a los resultados de otros cuestionarios psicométricos aplicados genera un desconocimiento de las necesidades particulares de las personas discapacitadas tomando en cuenta que en este programa existen discapacidades diferentes que requieren tratamientos individuales y específicos.

La inadecuada planificación del tratamiento terapéutico genera una alta dependencia en las personas con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria puesto que no se ayuda a mantener las capacidades residuales de los beneficiarios.

Además, existe una descoordinación del equipo técnico que ocasiona insatisfacción en su bienestar personal ya que los Psicólogos Clínicos y Médicos no socializan los datos de los cuestionarios psicométricos aplicados para valorar el grado de discapacidad que contribuya al Terapista Físico a planificar el tratamiento acorde a las necesidades individuales de cada persona con discapacidad y o encasillarlas a un solo diagnóstico a través del cual dar tratamiento terapéutico.

1.2.3 Prognosis

De no darse solución al problema de la inexistente adaptación cultural y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 que permita una correcta relación con la calidad de vida en personas con

pluridiscapacidad en la muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo, se continuará brindando ayuda terapéutica en forma generalizada, perjudicando los aspectos que probablemente el paciente requiere priorizar para mejorar su calidad de vida y obviando la gran utilidad que representa la utilización de herramientas psicométricas como el MYMOP2 que permite medir la evolución clínica asociada en el curso del tratamiento terapéutico en personas con pluridiscapacidad.

1.2.4 Formulación del problema

¿Es la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2) una prueba diagnóstica válida para determinar la calidad de vida en pacientes con pluridiscapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo?.

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Cuál es la adaptación cultural de una versión en español del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2)?
- ¿Cuál es la validación inicial de una versión en español del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2)?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de las personas con pluridiscapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo?.

1.2.6 Delimitación

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Terapia Física

Aspecto: Adaptación y validación inicial del Cuestionario de Perfiles de Desenlaces de salud autoevaluados

Delimitación Espacial: Esta investigación se realizará en una muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” a personas con discapacidad.

Delimitación Temporal: La investigación será estudiada en el periodo Marzo-Agosto del 2014

Unidades de Observación: pacientes con pluridiscapacidad

1.3 JUSTIFICACIÓN

La adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2) es de gran importancia porque permitirá realizar una adecuada correlación de la pluridiscapacidad con la calidad de vida en los beneficiarios de la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo.

Es de interés para el equipo técnico del área de salud del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo porque contarán con una herramienta psicométrica útil y sensible a cambios para evaluar la evolución clínica de pacientes que presentan una variedad de síntomas y condiciones físicas.

Es factible de realización porque se cuenta con el apoyo del Director del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo quien ha comprometido su ayuda para la recopilación de datos que permitan la contextualización del problema y posterior evaluación de la validez inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 para mejorar la calidad de vida de las personas con pluridiscapacidad a fin de iniciar la toma de decisiones que permita una plantear tratamientos de terapia específicos acorde a los aspectos que beneficiarios desean mejorar para elevar su calidad de vida.

El impacto que se espera del presente proyecto es mejorar la calidad de vida de los beneficiarios del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón

Salcedo a través de un instrumento psicométrico de fácil aplicación, adaptado al medio y con una evaluación de validez inicial acorde a las características y necesidades que el paciente desea mejorar y motivarlo a continuar con el tratamiento terapéutico.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Realizar la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2) y su relación con la calidad de vida en personas con pluridiscapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Realizar la adaptación cultural de una versión en español del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2)
- Determinar el bienestar general mediante la evaluación inicial y de seguimiento de las personas con discapacidad de la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo a través del perfil MYMOP2.
- Relacionar el bienestar general con la calidad de vida de las personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo.
- Diseñar un Taller para la implementación del uso del Perfil de Desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 con el proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la provincia de Cotopaxi para mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

(WALSH, M. y otros, 2011) con el tema: “El uso de la medida de tu perfil de resultado médico (MYMOP2) y W-BQ12 (Bienestar) medición de los resultados para evaluar el tratamiento quiropráctico: un estudio observacional”, trabajo de investigación realizado para la universidad de RMIT de Australia.

Tuvo como objetivo la medición de los resultados para evaluar el tratamiento quiropráctico: un estudio observacional”, trabajo de investigación realizado para la universidad de RMIT de Australia, y concluye que:

El estudio demostró que MYMOP2 era sensible a cambios y puede ser un instrumento útil para evaluar los cambios clínicos entre los pacientes de la quiropráctica que se presentan con una variedad de síntomas y las condiciones clínicas

Este estudio evalúa el uso de la MYMOP2 y cuestionarios W-BQ12 como medidas de resultado para supervisar los cambios después de la terapia quiropráctica. Dentro de las limitaciones de este estudio, se demostró que ambos cuestionarios fueron sensibles a los cambios.

El MYMOP2 también una buena correlación con el cuestionario W-BQ12. Por lo tanto, parece ser un instrumento útil para evaluar el cambio entre los pacientes de la quiropráctica y en la evaluación del paciente percibe el bienestar de los pacientes de la quiropráctica que se presentan con una variedad de síntomas y las condiciones clínicas.

Según este estudio, se pudo comprobar que el cuestionario MYMOP2 es un instrumento muy útil para detectar cambios clínicos de los pacientes que se encuentran en tratamiento terapéutico con diversidad de síntomas.

(MOONEY, L. y otros, 2012) con el tema: ¿Cuáles son los beneficios de usar MYMOP2 sobre ORIDL (Resultado relacionados con el impacto sobre la vida diaria) para realizar un seguimiento del progreso del paciente?, del Instituto de Terapia Física y Ciencias Aplicadas de la Salud de Irlanda concluye que:

El objetivo fue determinar si ORIDL es comparable al MYMOP2 en la mejora de la consulta con el cliente y los resultados clínicos para los estudiantes de Terapia Física del Instituto de Terapia Física y Ciencia Aplicada a la Salud (IPTAS), concluyendo que:

- El uso del MYMOP2 y ORIDL proporcionan un beneficio definitivo para los estudiantes en la mejora de las consultas de los clientes y los resultados clínicos.
- Aunque los estudios preliminares sugieren que ORIDL es una herramienta válida en comparación con MYMOP2, los estudiantes mostraron una fuerte preferencia hacia MYMOP2 con un 89% que usarían en privado después de la graduación.
- Teniendo en cuenta las dificultades surgidas en la administración de los resultados de los cuestionarios, se sugiere que describir el propósito inicialmente, la fraseología y la pertinencia de MYMOP2, así como el apoyo continuo para integrar al terapeuta de manera efectiva con los resultados de los cuestionarios en la práctica privada.

De acuerdo con los estudios realizados se puede señalar que el MYMOP2 o Perfil de desenlaces de salud autoevaluados no ha tenido una traducción cultural acorde a nuestro medio, por lo demostrado tanto por Walsh y Mooney, este cuestionario

es muy sensible a los cambios así como ha demostrado ser útil para evaluar la calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento quiropráctico.

(GARCÍA, F., 2014) con el tema: “uso de la medida de tu perfil de Resultados Médicos (MYMOP2) para evaluar el tratamiento de acupuntura” . Lisboa.

Los objetivos son:

- Evaluar el uso de la (MYMOP2) para medir los cambios clínicos asociados a un tratamiento de acupuntura.
- Determinar quiénes son los beneficiarios de esta terapia
- Conocer las principales enfermedades tratadas con acupuntura

Las conclusiones que se obtuvieron en este estudio son:

La experiencia demostró que MYMOP2 era sensible a cambios y puede ser un instrumento útil para evaluar los cambios clínicos entre los pacientes de acupuntura que se presentan con una variedad de síntomas y las condiciones clínicas. La incorporación de disciplinas como la acupuntura y su reconocimiento es muy importante para el tratamiento del paciente y la atención de salud. La incorporación de estas prácticas como parte del sistema formal de salud podría beneficiar a un mayor número de pacientes, el aumento de la accesibilidad a la medicina complementaria, que tiene una gran aceptación entre los pacientes y genera un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

La investigación previa se realizó para determinar si existen trabajos similares al presente tema en la Biblioteca de la Universidad Técnica de Ambato y se pudo concluir que no existen investigaciones realizadas con antelación por lo tanto el presente trabajo es único y original. Sin embargo, se buscó en los repositorios digitales de las universidades del Ecuador que ofertan Terapia Física y tampoco se encontraron investigaciones relacionadas, por lo que se buscó en el internet donde si existen trabajos relacionados al presente tema.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Según (CHÁVEZ, A. , 2010) basándose en el concepto de paradigma de Thomas Kuhn, quien manifiesta que “es el conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico, cuyo objetivo principal debe ser observar y escrutar” (p.5), lo conceptualiza como “una visión del mundo compartida por un grupo de personas, por lo tanto tiene un carácter socializador y normativo”.

Por lo tanto se puede señalar que paradigma es un esquema básico que organiza criterios con respecto a un tema en específico, en el cual se demuestra la forma básica de percibir, pensar, evaluar y hacer, asociado con una particular visión de la realidad. En concordancia con Chávez, este estudio se basará en el paradigma Crítico-Propositivo; Crítico porque cuestiona la calidad de vida de las personas con discapacidad y propositivo porque busca validar el cuestionario de una versión en español del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP-2 que permita evaluar e incrementar la calidad de vida de los beneficiarios del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo.

La investigación que se realizó de una manera totalmente comprometida en valores así como con la sustentación científica. El diseño de la investigación será abierto, flexible, participativo a fin de llegar a una correcta contextualización y análisis del problema para brindar alternativas de solución factibles de realización.

2.2.1 Fundamentación Axiológica

La presente investigación está direccionada a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en la muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” a través de la adaptación y validación del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2, en donde el terapeuta físico aplicará valores éticos y humanitarios como responsabilidad, paciencia, tolerancia, honestidad, puntualidad y voluntad al aplicar el cuestionario MYMOP2 a fin de mejorar la

calidad de vida de las personas discapacitadas que tanto lo necesitan para un mejor vivir.

2.2.2 Fundamentación Ontológica

La Terapia Física es reconocida como una ciencia de la medicina porque presta asistencia para mejorar la calidad de vida en diversos grupos humanos, salvaguardando con ello su importancia médica.

2.2.3 Fundamentación Epistemológica

Epistemológicamente se realizará una revisión de las teorías científicas que sustentan la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 a fin de evaluar e incrementar la calidad de vida de las personas con discapacidad en la muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La base legal de la investigación se encuentra en artículos y leyes promulgadas en la Constitución de la República del Ecuador que regulan el desarrollo del país. Por consiguiente se revisará referencias de: Constitución y Plan del Buen Vivir.

En la Sección sexta, Personas con discapacidad, Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
- 6 Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor

grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue. (p. 36)

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

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.
3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia. (p. 37)

Por lo tanto, las personas con discapacidad tienen derecho a recibir ayuda terapéutica que permita mejorar su condición física para un mejorar su calidad de vida.

Según la (SENPLADES, 2013), El Plan Nacional del Buen Vivir en su Objetivo 3 relacionado con mejorar la calidad de vida de la población, señala que este plan busca condiciones “para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad”. Además se prevee fortalecer “la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos”.

La calidad de vida está implícitamente relacionada al Buen Vivir en todas las etapas del ser humano, pues se relaciona con la creación de condiciones para satisfacer las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas; por lo tanto, tiene que ver con el fortalecimiento de las capacidades y potencialidades de los individuos y de las colectividades, en su afán por satisfacer sus necesidades y construir un proyecto de vida común.

De esta manera, el Estado a través de toda su infraestructura social y sanitaria busca mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, con la creación

de programas de ayuda técnica en salud, dirigidas a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social, encaminadas a lograr a que estas personas reciban atención médica prioritaria por medio de programas especiales planificados y coordinados para satisfacer las necesidades sanitarias de las personas con discapacidad de manera inclusiva y solidaria.

Estas leyes se ven fortalecidos con las competencias de los Ministerios de Estado y otros organismos públicos y privados en relación con las discapacidades. De esta manera en el Art. 4, literal 2, señala que una de las responsabilidades del Ministerio de Salud del Ecuador es “Desarrollar mecanismos para la utilización del sistema de atención primaria de salud, a fin de llegar a todos los sectores de la población, particularmente rurales y urbano-marginales, con la finalidad de prevenir las discapacidades” (CONADIS, 2008).

LEY DEL EJERCICIO Y DEFENSA ÉTICA Y PROFESIONAL DE LOS FISIOTERAPEUTAS

Art. 1.- La Fisioterapia: Es una profesión liberal del Área de Salud con formación superior, cuyos sujetos de atención son los individuos, la familia y comunidad.

- a) Colaborar en los servicios de salud del país tanto públicos como privados para que presenten una atención más eficiente.
- b) Colaborar con la educación para la salud, dentro de esta especialidad particularmente en las áreas rurales del país.
- c) Difundir los temas científicos concernientes a la profesión, organizar cursos, seminarios, conferencias, otros.
- d) Mantener activa las relaciones con organizaciones similares o afines a la profesión.

Art. 5.- El Fisioterapeuta tendrá como principios:

- a) Un profundo respeto por la dignidad de la persona humana, por sus deberes y derechos individuales, sin distinción de edad, Género, raza, religión o posición económica, política, cultural o nacionalidad.
- b) Dar atención y contribuir en la recuperación y bienestar de las personas, no implica garantizar los resultados exitosos de una intervención profesional, hacerlo constituye una falta ética que debe ser sancionada de acuerdo con lo previsto por la ley.
- c) La atención personalizada y humanizada por los fisioterapeutas constituye un deber profesional y ético permanente con los usuarios de sus servicios, así como, transmitir sus conocimientos y experiencias al paso que ejerce su profesión, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras entidades, cuyo funcionamiento esté legalmente autorizado.
- d) Constituye un deber y una responsabilidad profesional y ética de los Fisioterapeutas, la capacitación y actualización permanente de sus conocimientos.
- e) Las acciones del Fisioterapeuta impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario del país.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

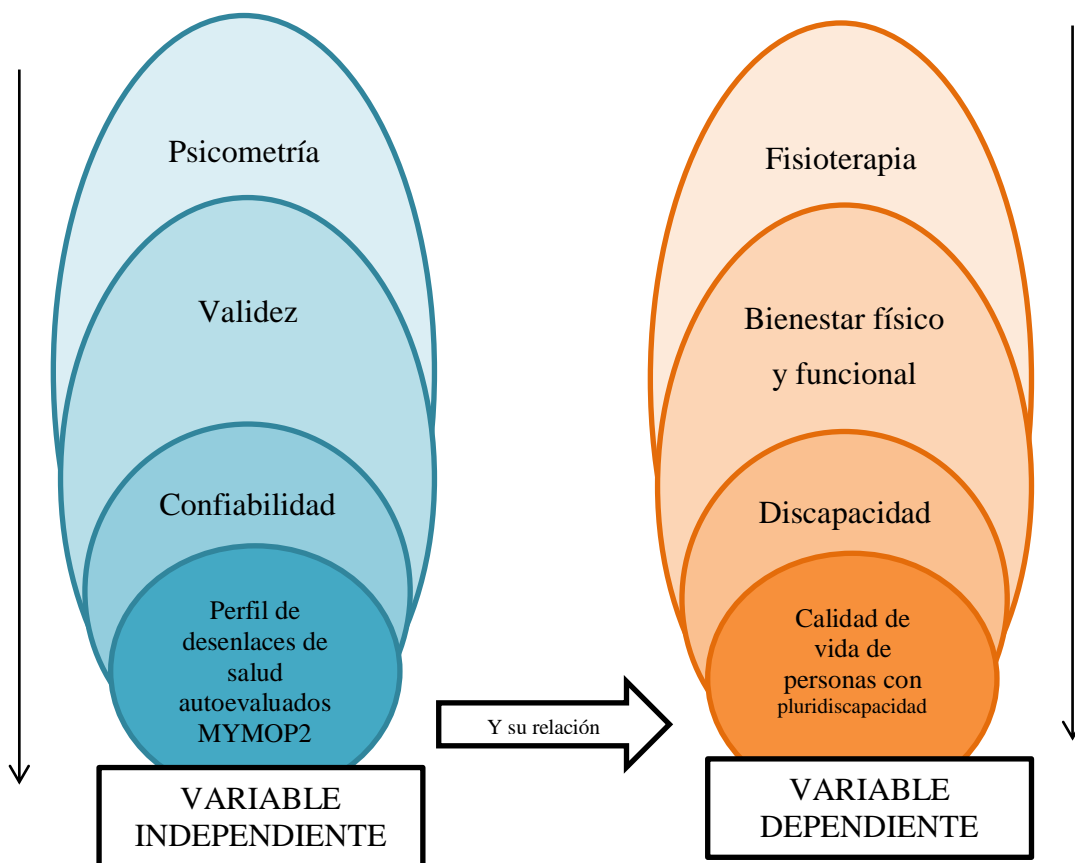


Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales
Elaborado por: Dario Calles.

2.4.1 Desarrollo de la Variable Independiente

2.4.1.1 PSICOMETRÍA

Para (CURA, A., 2007) La Psicometría es una disciplina científica encuadrada dentro del marco de la Metodología de las Ciencias del Comportamiento y directamente relacionada con el campo de la medición psicológica. (s.p).

(MENDEZ, J., 2013) señala que la psicometría es la disciplina que se encarga de la medición en psicología. Medir es asignar un valor numérico a las características de las personas, es usada esta función pues es más fácil trabajar y comparar los atributos intra e interpersonales con números y/o datos objetivos. Así, no se usa para medir personas en sí mismas, sino sus diferentes aspectos psicológicos, tales como conocimiento, habilidades o capacidades y personalidad. (p. 102)

Por lo tanto se puede decir que Psicometría es una disciplina que mide diferentes atributos intra e interpersonales, habilidades ocupacionales, sociales, académicas, de personalidad, intereses, actitudes y valores. También son utilizados en la orientación clínica y los negocios, con el único objetivo de extraer información útil a partir de la administración repetida de un mismo test a un grupo amplio de personas.

La Psicometría desarrolla tres grandes bloques: Teoría de la medición, escalamiento y teoría de los tests.

Teoría de la medición, que trata todo lo relacionado a la fundamentación teórica de la medición.

Escalamiento, que trata sobre el proceso de construcción de escalas de medida, es decir, los métodos para la construcción de escalas psicológicas y psicofísicas.

Teoría de los Tests, que trata cómo evaluar esas escalas y cómo utilizarlas para medir objetos o sujetos, es decir, la lógica y modelos matemáticos subyacentes a la construcción y uso de los tests.

Medición

En Terapia Física se trata de medir aspectos físicos que muchas veces no son directamente observables. La medición según (NUNNALLY, J., 2005) “consiste en reglas para la asignación de números a objetos en tal forma que representen cantidades de atributos.”. (p. 86). Las escalas de medición utiliza procedimientos matemáticos para asignar números e identificar atributos físicos y psicológicos que permitan poner en claro las diferencias individuales.

Una escala de medida permite al investigador determinar el tipo de análisis estadísticos que se debe utilizar para examinar una prueba y considerarla como buena y validarla.

La importancia de la medición radica en su afán por establecer científicamente la diferencia de los rasgos entre individuos para ello se utilizan diferentes escalas que apoyan la medición objetiva de los atributos conductuales.

Funciones generales

- **Descripción:** La medición permite describir con rigor sujetos, grupos, conductas, estímulos, etc.
- **Relacionar variables:** La medición permite establecer y estudiar relaciones entre variables de un proceso.
- **Predicción:** La medición permite elaborar predicciones una vez que se conoce la evolución de una variable o su relación con otras.
- **Inferencia:** Los instrumentos de la inferencia estadística implican comúnmente operar sobre resultados de mediciones.

- **Contraste de hipótesis:** La medición es usualmente la que provee los datos que permiten efectuar contrastes de hipótesis.

Funciones Específicas

- **Evaluación:** Frecuentemente el diagnóstico y la evaluación psicológica se fundamentan o usan mediciones como instrumentos muy importantes.
- **Asignación de intervenciones:** La asignación de tratamientos, intervenciones o programas, ya sean terapéuticos, de formación, educativos, etc.
- **Orientación y consejo:** de los sujetos ofreciéndoles información relevante para su propia toma de decisiones.
- **Selección y clasificación:** ya sea en organizaciones industriales, educativas, sanitarias, etc.
- **Valoración de intervenciones:** La medición permite conocer el grado de “éxito” de una intervención o algún programa.

Condiciones de la medición

- **Observabilidad:** Para que algo sea medible debe ser observable directa (frecuencia, duración, intensidad, o latencia de respuesta; rendimiento académico, etc.) o indirectamente (aptitudes, habilidades, dimensiones de personalidad, actitudes, etc.)
- **Variabilidad:** El aspecto a medir debe presentar cierta variabilidad. Es decir, que debe presentarse al menos bajo dos modalidades en la realidad. Una variable se caracteriza porque puede tomar diferentes valores.
- **Instrumentación:** Medir exige que dispongamos de instrumentos de medida adecuados. Un instrumento de medición debe ponerse a prueba y cumplir algunos requisitos para poder considerarse aceptable. En realidad la psicometría se ocupa de discutir qué es una instrumentación “adecuada” en cualquier campo de la psicología.

Escalas de medición de la Psicometría

1. Escala Nominal

Cantidades asignadas para clasificar o distinguir objetos, eventos o atributos, empero, no poseen un significado numeral.

2. Escala Ordinal

Permite la clasificación en función a un orden o jerarquía en base a alguna característica o propiedad definida operacionalmente.

3. Escala de Intervalo

Reúne las características de las escalas nominales y ordinales, representando distancias similares en la propiedad que se está midiendo, se inician en un cero relativo, y mantienen un intervalo equivalente.

4. Escala de Razón

Reúne las características de las escalas nominales, ordinales y de intervalo, y tiene un cero absoluto, lo que representa la ausencia de la propiedad medida. Representa el nivel más alto de medición.

2.4.1.2 VALIDEZ

Según (MUÑIZ, J., 2008) señala que en el campo de la metrología, psicometría y estadística, la validez es un concepto que hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. De esta forma, un instrumento de medida es válido en la medida en que las evidencias empíricas legitiman la interpretación de las puntuaciones arrojadas por el test. (p. 8).

La validez es la capacidad de medición de un instrumento para definir la proporción de la varianza verdadera que es relevante para los fines del examen. Con el término relevante se le atribuye a la variable, características o dimensión que mide la prueba.

Generalmente la validez de un test se define por la relación entre sus puntuaciones con alguna medida de criterio externo, o por la extensión con la que la prueba mide un rasgo subyacente específico hipotético o “constructo”.

(MUÑIZ, J., 2006) En términos psicométricos, la validez es un concepto que ha pasado por un largo proceso evolutivo, desde aquella posición que sostenía que “un test es válido para aquello con lo que correlaciona hasta la más reciente que la entiende como un juicio evaluativo global” (p. 52)

Por lo tanto, lo que se valida no es la prueba sino las inferencias hechas a partir de la misma, lo que tiene dos importantes consecuencias:

- a) El responsable de la validez de una prueba ya no es solo su constructor sino también el usuario, y
- b) La validez de una prueba no se establece de una vez por todas sino que es resultado de la recopilación de evidencias y supuestos teóricos que se dan en un proceso evolutivo y continuo que comprende todas las cuestiones experimentales, estadísticas y filosóficas por medio de las cuales se evalúan las hipótesis y teorías científicas (MESSICK, S., 2005).

Por lo tanto, el concepto validez refiere a la adecuación, significado y utilidad de las conclusiones específicas realizadas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar tales conclusiones. Una variedad de evidencias pueden obtenerse de las puntuaciones producidas por un test dado, y hay muchas formas de acumular evidencia para apoyar una conclusión específica.

Tipos de Validez

Los dos principales tipos son: validez externa y validez interna:

La validez externa se refiere a la habilidad del instrumento para ser generalizado a través de personas, escenarios y tiempo.

La validez interna se refiere a la habilidad de un instrumento de medir lo que él se propone medir. Por lo general la validez interna es la que comúnmente se le dice validez.

(MESSICK, S., 2005) señala que una clasificación ampliamente aceptada de validez interna consiste en tres principales tipos de evidencia: 1) validez de contenido, 2) relacionado con el criterio y 3) validez de constructo.

1. Validez de contenido. Se refiere a la relevancia del contenido del test, a la representatividad de los ítems que lo componen, respecto a la totalidad del campo o rasgo objeto de evaluación. Un test tendrá validez de contenido si el conjunto de preguntas en él, constituye una muestra suficientemente extensa y representativa del rango al que hacen referencia.

Por lo tanto, La validez de contenido, garantizará que el test constituya una muestra adecuada y representativa del contenido que éste pretende evaluar, además de concordar con los objetivos que han sido reconocidos o establecidos mediante la inspección de los objetivos y los materiales con los que se cuenta para el cumplimiento y logro de los mismos.

2. Validez referida a un criterio externo. Se refiere a la correlación existente entre un test y un criterio externo al mismo, como puede ser otro test. Por lo tanto, el criterio queda definido como la medida externa que existe con anterioridad al instrumento en cuestión y que es aceptado por expertos como un índice adecuado o satisfactorio de la característica que el nuevo instrumento pretende medir. Este tipo de validez se divide en concurrente y predictiva.

- **Validez concurrente.** Indica hasta qué punto las puntuaciones en un test correlacionan con una variable criterio, que generalmente es otro test que

evalúa lo mismo. La validez se obtiene averiguando la correlación de Pearson entre las puntuaciones de ambos test. Grado de relación entre dos instrumentos diferentes que miden el mismo concepto y que se administran a la misma vez.

- **Validez predictiva.** La correlación se observa en los resultados obtenidos en un test aplicado con anterioridad. El índice de validez viene expresado por la regresión de la puntuación predicha sobre la variable criterio. Grado de correlación entre un instrumento que mide el concepto y un evento que operacionaliza el mismo en el futuro.

La diferencia entre ambas formas de validez se da en el tiempo que transcurre entre la aplicación del nuevo instrumento por validarse y la aplicación del criterio que se da para validarlo. Si el lapso entre la aplicación del nuevo instrumento por validarse y la aplicación del criterio es corto, se está trabajando con validez concurrente. Pero si el lapso es largo, se está trabando con la validez predictiva. Ambos tipos de validez se miden computando un coeficiente de correlación entre los resultados de ambas administraciones (coeficiente de validez).

3. Validez de constructo. Se refiere a que si el test evalúa realmente el rasgo que pretende evaluar. La validez de constructo hace referencia al grado de concordancia entre los resultados obtenidos al aplicar un test y los planteamientos o hipótesis teóricas existentes sobre el campo o rasgo evaluado.

2.4.1.3 CONFIABILIDAD

(ARIAS, J., 2013) señala que “confiabilidad es la exactitud o precisión de un instrumento de medición” (p. 7). La confiabilidad del instrumento de medición constituye el criterio fundamental para evaluar su calidad y adecuación. Por lo tanto se puede manifestar que la confiabilidad de un instrumento es el grado de razonabilidad con la que mide el atributo que se supone evalúa.

(HERNÁNDEZ, S. y otros, 2011) Confiabilidad es “el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (p. 277)

Para (ANASTASI, A., 2006), la confiabilidad o consistencia de un test “es la precisión con que el test mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación”. (p. 92).

Por lo tanto la confiabilidad es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se las examina en distintas ocasiones con el mismo test para medir un mismo aspecto que se intenta medir. El instrumento debe dar medidas confiables de manera que se obtenga los mismos resultados al volver a medir el rasgo.

La falta de confiabilidad de un test psicométrico está en relación con la intervención del error. Se considera que el error es cualquier efecto irrelevante para los fines o resultados de la medición que influye sobre la falta de confiabilidad de tal medición.

El error es de dos tipos:

a) Error constante (sistemático), que se produce cuando las mediciones que se obtienen con una escala son sistemáticamente mayores o menores que lo que realmente deben ser.

b) Error causal (al azar o no sistemático), que se produce cuando las medidas son alternativamente mayores o menores de lo que realmente deben ser.

(BROWN, G., 2000) considera que Este último tipo de error interviene cuando se afecta la confiabilidad de un test psicométrico. Este error tiene que ver con la salud, fatiga, motivación, tensión emocional, fluctuaciones de la memoria, condiciones externas de luz, humedad, ventilación, calor, distracción por problemas del momento, familiaridad con la prueba, que presenta el examinado al momento de dar el test (p. 8).

Tipos de Confiabilidad

Confiabilidad Test-Retest

Una medida posible de confiabilidad es la correlación existente entre medidas repetidas es decir entre una prueba y una reaplicación, a través del coeficiente de estabilidad. Su paradigma se basa en la aplicación de la prueba, dejar transcurrir cierto tiempo y aplicar nuevamente. El intervalo puede variar de minutos hasta varios años.

La confiabilidad Test-retest se basa en las siguientes aspectos:

- 1) La característica que mide el instrumento es estable en el tiempo.
- 2) Se debe suponer que no existe ningún efecto diferencial de olvido o práctica.
- 3) No debe producirse ningún aprendizaje diferencial entre las dos aplicaciones.

Cualquier variable que influya en la ejecución de una aplicación, pero no en la otra, reducirá la correlación. Cualquier error asociado a una aplicación específica de la prueba afectará a la confiabilidad del test-retest. Al igual que con las fluctuaciones cotidianas de ánimo, salud y motivación.

Confiabilidad de Pruebas Paralelas

Se refiere a la consistencia sobre las formas de una prueba, es decir se establece un coeficiente de equivalencia.

Las formas paralelas cubren el mismo contenido, utilizan los mismos tipos de reactivos y tienen un grado de dificultad igual. Se requieren al no ser factible ni conveniente la segunda aplicación de una misma prueba.

Para determinar la confiabilidad de formas equivalentes, se debe aplicar una de ellas (forma A) y, a continuación, con un periodo mínimo transcurrido, la segunda (forma B). La correlación de los resultados obtenidos en ambas formas da el coeficiente de equivalencia.

Para contrarrestar los efectos debidos al orden de aplicación, a la mitad del grupo se le aplica la forma A seguido por la B, y a la otra mitad la forma B y a continuación la A.

Ambas pruebas deben ser equivalentes en contenido, formato y longitud, además de dificultad (que tengan medias similares) y en variabilidad (desviaciones estándar similares).

La falta de consistencia en las calificaciones se puede atribuir a diferencias en el muestreo de reactivos, además de que no se pueden controlar del todo las fluctuaciones a corto plazo debidas al estado de ánimo del sujeto o a las diferencias de aplicación de las dos formas.

Confiabilidad por Mitades

Requiere de dos mitades independientes, esta división se realiza generalmente utilizando los reactivos de número impar en una de las formas y pares en la otra. La correlación de esos dos resultados proporciona una estimación de la confiabilidad.

El problema que presenta, es que cada conjunto de calificaciones se basa en la mitad de los reactivos de la prueba de origen. Al ser más corta, la confiabilidad será más baja que la que se espera de una prueba en su longitud original.

La estimación de la confiabilidad por mitades es un coeficiente de equivalencia, ya que ambas formas (mitades) se aplican en esencia en forma simultánea y sólo las fluctuaciones a corto plazo afectan su confiabilidad.

Consistencia Interna

Es la consistencia de la ejecución a través de los reactivos que constituyen la prueba.

Factores que afectan la confiabilidad

Según (MENÉNDEZ, A., 2008) los factores que afectan la confiabilidad son:

Homogeneidad del grupo

- La confiabilidad es una propiedad del cuestionario para un grupo particular de sujetos. Por lo tanto el coeficiente de confiabilidad se afecta por la variabilidad entre los sujetos.
- Mientras mayor es la dispersión de las puntuaciones, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre pues es difícil que las personas cambien de posición en rangos cuando las distancias en puntuación entre ellos es grande.
- Por lo tanto es posible que un cuestionario que se haya construido con una población heterogénea muestre un coeficiente de confiabilidad mucho menor cuando se aplica a una población más homogénea.
- Es importante, cuando se adquiere un instrumento construido para otra población asegurarse que el coeficiente de confiabilidad se obtuvo con una población semejante a la que va a utilizar el instrumento.

Tiempo

- Si un cuestionario tiene un tiempo límite para completarse algunos sujetos van a terminar a tiempo y otros no. Por lo tanto nos encontramos ante otra variable que va a aumentar la dispersión de puntuaciones en el cuestionario. La varianza de esta variable "rapidez en responder" se añade a la varianza de las puntuaciones y aumenta la confiabilidad del instrumento.

- Para evitar este tipo de aumento artificial de la confiabilidad del instrumento, la mejor estrategia es dar suficiente tiempo para que todos o casi todos los sujetos puedan contestar todos los ítems.
- La confiabilidad de los cuestionarios en los que la rapidez para contestar es una variable importante, debe ponerse en duda.
- Tamaño del cuestionario
- Mientras más largo es el instrumento, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre por dos razones principales:
 1. En un cuestionario más largo la muestra de ítems es mayor y el universo del constructo está mejor representado.
 2. La varianza de un cuestionario aumenta cuando aumenta el número de ítems (Compuesto). Por lo tanto mientras más ítems, más varianza y por lo tanto más confiabilidad.
- Cuando hay varias partes en un cuestionario y se calcula la confiabilidad de cada sub parte, estas por lo general son bajas, pues dependen de muy pocos ítems.

Objetividad del proceso de asignar puntuaciones

- Mientras más objetivo es el proceso para determinar las puntuaciones, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre pues se elimina la variable extraña de la subjetividad de los jueces y con ello la dispersión de las puntuaciones depende de una variable menos. *Ibíd.* (p. 80)

2.4.1.4 PERFIL DE DESENLACES DE SALUD AUTOEVALUADOS MYMOP 2

ADAPTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

La creciente globalización mundial que se está produciendo a todos los niveles y en todas las esferas de la actividad humana, debido a la facilidad y rapidez de las

comunicaciones, potencia que los instrumentos de medida generados en determinado país rápidamente se utilicen en otro distinto.

Según la Encarta, adaptar significa cambiar una cosa, modificarla o ajustarla para que sea válida, sirva, funcione, en una situación nueva y con características distintas

Los tests no son automáticamente utilizables, deben de adaptarse cuidadosamente en función de las diferencias interculturales entre el idioma/cultura originario y aquéllos en los que se pretende utilizar. Esto es especialmente importante en un país como Ecuador en el que un porcentaje muy elevado de los tests y las escalas que se utilizan provienen de traducciones y adaptaciones de otros idiomas y culturas.

Para no limitar el uso de estos instrumentos de medida se debe asegurar de que su traducción/adaptación es la adecuada. Si aparecen errores en el nivel básico, cualquier medida posterior encaminada a mejorar su uso, fallaría. Traducir un test no es una cuestión de conocer bien los dos idiomas implicados, es un proceso mucho más complejo, por eso más que de traducción habría que hablar de adaptación; por lo que es necesario seguir ciertas directrices técnicas para la adaptación de los tests que otros países han utilizado.

Posibles fuentes de error al adaptar un test

Según (MUÑIZ, J. y otros, 1996) existen cuatro grandes áreas implicadas en la confección de un test en las cuales se pueden tomar decisiones erróneas:

- Contexto
- Construcción y adaptación
- Aplicación
- Interpretación de las puntuaciones

Contexto: Se refiere al ámbito sociocultural en el que se encuentran las personas a las que se aplicará el test. La mayoría de los constructos utilizados en Psicología son altamente dependientes de los aspectos culturales, por tanto, lo primero de lo que hay que cerciorarse es que el constructo a evaluar es equiparable en ambas culturas.

Por ejemplo, evaluación de variables como inteligencia, actitudes, o personalidad, resultan altamente dependientes de la matriz cultural, por lo que su utilización en estudios comparativos requiere sumo cuidado al adaptar la prueba. Si existen datos acerca de la equivalencia de los constructos, puede pasarse a la fase de la adaptación propiamente dicha, que medirá las conductas concretas para evaluar el constructo.

Por lo que, los efectos de las diferencias culturales que no sean relevantes para los objetivos centrales del estudio deberían minimizarse en la medida de lo posible.

Además, se debería evaluar el nivel de error de los constructos en las poblaciones de interés.

Construcción y adaptación del test: La filosofía general que ha de guiar la adaptación es que el test mida el mismo constructo de la misma forma, pero ajustándose a las peculiaridades de la nueva población. Naturalmente esto no resulta nada fácil. La primera decisión difícil es la selección de los traductores.

Es fundamental que los traductores no sólo conozcan ambos idiomas, sino que estén familiarizados también con ambas culturas. En numerosas situaciones hay que cambiar los ítems casi completamente, y eso sólo se puede hacer desde un conocimiento profundo de la cultura objetivo del nuevo ítem.

Los constructores/editores de tests deberían de asegurar que el proceso de adaptación tenga en cuenta las diferencias lingüísticas y culturales entre las poblaciones a las que se dirigen las versiones adaptadas del test.

Aplicación: La forma en la que se aplica un test influye en sus propiedades psicométricas, tales como su fiabilidad y validez. Las relaciones de los aplicadores con las personas a las que se pasa el test, la forma de dar las instrucciones de la prueba, y en general las interacciones aplicador-examinado deben de cuidarse al máximo.

Quienes aplican los tests deberían ser sensibles a cierto número de factores relacionados con los materiales utilizados para los estímulos, los procedimientos de aplicación, y las formas de respuesta, que pueden reducir la validez de las inferencias extraídas de las puntuaciones.

Interpretación: En general, interpretar los resultados de cualquier test requiere un psicólogo especialista en el área del test y con la formación psicométrica apropiada. Y esto sigue siendo válido cuando el test proviene de una adaptación, para interpretar las puntuaciones se debe disponer de una documentación exhaustiva acerca de cómo se llevó a cabo el proceso de adaptación.

Cuando se adapta un test para utilizarlo en otra población, debe facilitarse la documentación sobre los cambios, así como los datos acerca de la equivalencia entre las versiones.

Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por las muestras a las que se aplicó el test no deben tomarse sin más directamente. El investigador tiene la responsabilidad de sustanciar las diferencias con otros datos empíricos.

MYMOP2

Definición

El Perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP 2 es una medida específica del problema generado por el paciente que permite al paciente para

seleccionar los problemas más importantes a los que se quieren abordar. Es una medida de uso gratuito, clínicamente útil.

Durante una consulta se solicita al paciente solicitar completar la MYMOP conjuntamente con el médico con el objetivo de que determine qué síntoma es más problemático para ellos a fin de clasificar la gravedad de este síntoma. A continuación se solicita decidir una actividad que les gustaría mejorar, esto puede ser algo menos importante como cepillarse el cabello o ser capaz de poner en sus calcetines; así como puede ser algo de mayor importancia y califica a la cantidad del síntoma les impide en esta actividad.

Además, se solicita al paciente valorar su bienestar general y anotar todos los medicamentos que alivian su dolencia, incluyendo la dosis. Un seguimiento en un plazo acordado se lleva a cabo y el cambio en las puntuaciones y las dosis del medicamento es examinado para su uso. Es importante utilizar versiones modificadas de los formularios MYMOP2 por razones de validez y confiabilidad.

Mediante el uso de la MYMOP2 no sólo están dando cuenta de la eficacia de su tratamiento, se está también actuando de una manera centrada en el paciente frente a los temas que son más importantes para su paciente y lo que les permite fijar sus propias metas de tratamiento.

El MYMOP2 se puede utilizar en pacientes de 11 años o más. Si bien no se ha validado para los niños más pequeños, el autor no indican que el MYMOP2 se puede completar con la ayuda de un cuidador, padre, madre o tutor. La misma persona también debe ayudar con el seguimiento.

Recogimiento de datos

El MYMOP2 es un proceso de dos etapas. La primera forma MYMOP2 debe completarse con su paciente durante una consulta con el paciente.

Etapa 1

Con el formulario del MYMOP2, se pide al paciente que le diga qué síntoma es más importante para ellos y por el cual haya asistido a tratamiento. Si el paciente no está seguro de lo que entienden por síntoma, el evaluador podrá dar un ejemplo, pero en palabras que el paciente pueda entender; es decir dolor por hormigueo. A continuación, se solicita un segundo síntoma que tenga relación con el primero.

Seguidamente se solicita al paciente elegir una actividad que no pueda realizar con el síntoma señalado o que lo interfiera y que el paciente lo considere muy importante.

Se solicita puntuar en una escala de 0-6 (6 = tan malo como puede ser) lo mal que cada uno de estos tres elementos han sido durante la última semana.

Finalmente, ¿cómo calificaría su sensación general de bienestar durante la última semana?" En esas palabras en la escala de 0-6 (se puede aclarar lo que significa el bienestar para ellos si es necesario). Es importante completar la sección acerca de los medicamentos.

Etapa 2

Después de un período de tiempo acordado o después de un tratamiento o intervención se puede usar el formulario de seguimiento. Los síntomas y actividades originales deberán estar escritos en el formulario en el mismo texto que antes. Una tercera opción síntoma (no es obligatorio) está disponible si se ha presentado una nueva, relacionada, síntoma importante. El paciente debe evaluar en la escala de 0-6 de los síntomas, la actividad y el bienestar y debe completar las preguntas sobre medicamentos que antes.

Si el paciente tiene dos problemas diferentes (por ejemplo, el asma y el dolor de la rodilla) puede llenar dos formularios MYMOP2 y medirlos. Alternativamente, se puede medir el MYMOP2 como un solo problema a la vez para simplificarlos.

Después de la etapa de seguimiento se debe calcular su puntuación y discutir estos cambios con el paciente para establecer los avances y las nuevas necesidades.

Cantidad de datos que se necesita recolectar

Se puede recoger datos de un solo paciente a utilizarla como una herramienta clínica individualizada o puede utilizar el MYMOP2 para mirar la eficacia de sus tratamientos en general con un grupo de pacientes, debido a la flexibilidad de la medida. En general, cuanto mayor es el número de medidas recogidas más significativas serán sus generalizaciones. Sin importar el número total de las medidas recogidas, cada medida individual es muy significativa clínicamente para el paciente.

Asignar puntuación

Síntoma 1, síntoma 2, Actividad, y el bienestar tienen cada uno una puntuación separada: de 0 tan bueno como podría ser, a 6 tan malo como podría ser.

La puntuación perfil MYMOP2 es la media aritmética de todas las preguntas contestadas. Ejemplo: Si el síntoma 1 se califica como 6, Síntoma 2 no se utiliza, la actividad se califica como 4, y el Bienestar se califica como 2, se resumirá estos resultados y dividirlos por el número de preguntas incluidas. De tal manera que $6 + 4 + 2 = 12$ (la puntuación sumada), y luego dividir este por 3 (el número de preguntas) para tener una puntuación de 4 en el perfil MYMOP2

Para utilizar el MYMOP2 de una manera significativa, se debe mirar no sólo el cambio en la puntuación del perfil MYMOP2 inicial, sino también el cambio en los elementos individuales (los síntomas, la actividad, y las puntuaciones Bienestar).

Interpretación de los resultados

Los valores de esta medida es individual para cada paciente y se debe estar muy atento a los cambios en los resultados del perfil inicial al de seguimiento.

Para determinar si se ha producido algún cambio significativo que busca un cambio en las puntuaciones de más de 1. A mayor puntuación, peor es (recuerde, 6 = tan malo como puede ser). Por lo tanto, cualquier cambio de 1 o más, que ha visto una mayor puntuación en el perfil de pregunta, MYMOP2 en el seguimiento representa un empeoramiento. Cualquier cambio que reduce la puntuación en un perfil de pregunta MYMOP2 por 1 o más representa una mejora.

También puede considerar la información del cambio de medicación utilizada por los pacientes. Una vez más, lógicamente una disminución representaría un buen cambio y un aumento recomendaría un mal cambio. Sin embargo, los cambios en los medicamentos pueden ser por razones distintas de la línea de acción e intervención que ha tomado, posiblemente un aumento de la medicación puede ser la razón de la mejora.

Presentación de informes de su hallazgo

Es necesario reportar en el perfil de puntuación MYMOP2, el síntoma, la actividad y el bienestar los puntajes tanto para su forma inicial y la forma de seguimiento. La puntuación perfil MYMOP2 le dará una visión general de los cambios y el síntoma, Actividad y Bienestar puntajes le dará información de utilidad clínica. Puede ser más fácil de presentar éstos, ya sea en una mesa o en un gráfico de barras agrupadas.

2.4.2 Desarrollo de la Variable Dependiente

2.4.2.1 FISIOTERAPIA

Según (HUTER-BECKER, 2003) La palabra Fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas: physis, que significa naturaleza y therapeia, que quiere decir tratamiento. Por tanto, desde un punto de vista etimológico, fisioterapia o physis-therapeia significa Tratamiento por la Naturaleza, o también Tratamiento mediante Agentes Físicos.
(s.p)

La fisioterapia o Terapia Física se dedica al estudio de la salud y las enfermedades físicas desde el punto de vista del movimiento corporal humano; tiene como característica principal el buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento, repercute en la cinética o movimiento corporal humano.

Según (GILBERT, 2001) “La Fisioterapia comprende los múltiples métodos de tratamiento en los cuales se utilizan agentes físicos. Estos métodos derivan de un principio común, pueden combinarse uno con otro, y se relacionan por los conocimientos técnicos y la instrumentación que necesitan” (pág. 13). Esta definición es el resultado de la evolución de un concepto, una filosofía y una práctica a lo largo de épocas, culturas y circunstancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1968 manifiesta que “La Fisioterapia es el arte y la ciencia del tratamiento por medio de ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad”. A partir de entonces se habla de arte y ciencia con lo se introduce un nuevo paradigma en el que los métodos están supeditados al propio hecho de la profesión, además la Confederación Mundial de Terapia Física (2011), introduce los conceptos no solo de terapia (curación) sino los de prevención, recuperación y readaptación, con lo que los ámbitos de actuación se amplían de forma muy evidente.

“La fisioterapia es una profesión de la salud cuyo principal objetivo es la promoción de la salud y la función óptima, a través de la aplicación de los principios científicos, para prevenir, identificar, evaluar, corregir o aliviar las disfunciones del movimiento, ya sean agudas o prolongadas en el tiempo” (p. 26). Por lo mencionado anteriormente se puede definir a la fisioterapia como el conjunto de métodos propios que mediante la aplicación de agentes físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a las personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas o a las que quieren tener un nivel óptimo de salud.

El tratamiento fisioterapéutico tiene como misión, además de la mejora de los trastornos funcionales del organismo, el incremento de la resistencia de los

enfermos, la prevención de una disminución del rendimiento y el mantenimiento de las capacidades, incluso si están limitadas por trastornos irreversibles de los órganos

Beneficios

La fisioterapia tiene gran cantidad de beneficios para los pacientes que se encuentran en proceso de recuperación de una lesión o enfermedad, para quienes necesitan asistencia adicional con respecto a la movilidad de los miembros afectados e incluso en caso de padecer alguna discapacidad.

Favorece al mejoramiento del tono muscular y corrección de problemas físicos presentes en niños a temprana edad, desarrollo de los niños, ya que cuando reciben algún tratamiento de fisioterapia a temprana edad, este favorece a mejorar el tono muscular y corregir los problemas físicos que pudieran estar presentes.

Ayuda a la recuperación de alguna lesión en los adultos, ya sea de tensión muscular o deportiva, así como lo relacionado con dificultades físicas, entre los que se pueden destacar los problemas de estrés repetitivo.

Tipos de tratamientos

Preventivo: para prevenir patologías, lesiones, o evitar que empeoren lesiones irreversibles.

Curativo: lesión, bloqueo articular.

Pre-quirúrgico: enseñar al paciente una pauta de ejercicios para que haga antes de la intervención.

Post-quirúrgico:

- Fase temprana o inmediata: secuelas de la intervención (cicatriz, edema)

- Fase tardía: patología por la que se ha operado.

Post-inmovilización: la musculatura se atrofia, descalcificación en los huesos (yeso, férula.).

Mantenimiento: por ejemplo en deformidades en la columna.

Técnicas utilizadas en Fisioterapia

Movilizaciones: mantienen o mejoran la movilidad articular, tisular, normalizan el tono muscular. Pueden ser:

- **Activas:**

- **Voluntarias:** las realiza el paciente por voluntad propia en las que pone la atención en hacer un movimiento. Tipos:

- **Libre:** las realiza sin que nada se oponga al movimiento.
- **Asistida:** las realiza de manera voluntaria pero con ayuda del fisioterapeuta.
- **Resistida:** se le pone una resistencia al movimiento.
- **Gimnástica.**
- **Involuntarias:** son las que el paciente realiza el movimiento que se le pide y hace activar el grupo muscular que estaba inactivo.

- **Pasivas:**

- **Autopasivas:** el paciente se moviliza la articulación afectada. Ej: ejercicios de Codman para la cadera o hombros
- **Curas posturales:** ganar movilidad articular o prevenir úlceras por decúbito, para amputados, pacientes neurológicos.
- **Manipulaciones:** desbloquear articulación.
- **Masaje:** músculos, ligamentos o tendones, masaje de Cyriax

Funciones de la Fisioterapia

La fisioterapia cumple diversas funciones dentro de su campo de acción: Asistencial, Docente e Investigadora y de Gestión.

Función Asistencial: Su finalidad es finalidad de prevenir, curar y recuperar el funcionamiento corporal a través de la actuación y técnicas propias de la fisioterapia.

Función Docente e Investigadora: Implica al fisioterapeuta docente proporcionar una formación cualificada a sus estudiantes, adaptarse a los nuevos avances científicos que se produzcan en la profesión para así poder proporcionar una formación en todo momento actualizada y participar en estudios de investigación propios de su disciplina.

Función de Gestión: El Fisioterapeuta tiene o no la responsabilidad de participar en la Gestión sobre temas de su incumbencia, tanto en el ámbito sanitario como académico, público o privado, permitiendo así la gestión en Gabinetes o Centros de Fisioterapia o demás instituciones sanitarias.

2.4.2.2 BIENESTAR FÍSICO Y FUNCIONAL

El bienestar físico y funcional es la capacidad que tiene el cuerpo para desarrollar todo tipo de ejercicios donde se requiera resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, coordinación y flexibilidad. Actualmente se fomenta un estilo de vida que eleve la salud humana.

Es necesario tomar en cuenta ciertos aspectos muy importantes para lograr el bienestar físico como es la nutrición, higiene y ejercicio para lograr un bienestar físico que evite enfermedades y desgaste del cuerpo a través del balance de los aspectos antes mencionados.

El ejercicio físico es importante para la adquisición de una omeostasis en la salud, complementado con una dieta balanceada y una adecuada, acompañada de higiene, como una forma de mantener el cuerpo sano y libre de bacterias, además de mantener un ambiente limpio y libre de gérmenes.

(GOMEZ, G., 2008) manifiesta que desde el punto de vista de la salud, la funcionalidad abarca cuatro dimensiones del individuo: la física, la mental, la emocional y la social. Sin embargo, cuando se utiliza el término funcional, éste hace referencia a la identificación del grado de dependencia que alcanza un individuo en las actividades de la vida diaria. (s.p)

Valoración del rendimiento funcional

El declive del rendimiento funcional se manifiesta por la alteración en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) a través de las cuales se obtiene información referente a aspectos moduladores y de pronóstico de la evolución de la enfermedad y del bienestar de los pacientes, así como determinar el deterioro psíquico y físico así como la prescripción de recursos y servicios sociosanitarios a la medida de sus necesidades.

Por lo tanto, la valoración del rendimiento funcional constituye un criterio diagnóstico que repercute en la capacidad del paciente para desarrollar las actividades de la vida diaria. En este sentido, el deterioro cognitivo tiene una influencia directa sobre estas capacidades funcionales de forma que, en la fase inicial de la demencia, por ejemplo, las actividades que primero se ven afectadas son las más complejas, es decir, las que permiten relacionarse con el entorno social, y no es hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad cuando la persona deja de realizar las actividades más primarias para mantener su independencia y autonomía, siendo indispensable que otra persona que colabore con su cuidado y movilidad.

Al evaluar el deterioro mental leve es necesario utilizar instrumentos psicométricos dotados de gran poder discriminativo con respecto a la normalidad, mientras que en el examen de una demencia grave, dónde el trastorno cognitivo es

evidente, lo que se espera de ellos es una completa y descriptiva valoración funcional.

La valoración funcional ofrece perfiles epidemiológicos en cuanto al riesgo de institucionalización, el deterioro físico y el uso de los recursos sociosanitarios.

2.4.2.3 DISCAPACIDAD

Según la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC, s.f) en el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Discapacidad, manifiesta que “es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”. (s.p). por lo tanto se puede conceptualizar a la discapacidad como la ausencia de habilidades y destrezas para desarrollar en forma autónoma las actividades de la vida diaria pudiendo ser temporales o permanentes; reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Tipos de discapacidad

De acuerdo con (RENAPRED, 2014) existen diferentes tipos de discapacidad y son:

Discapacidad física: consistente en una consecuencia de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

Discapacidad intelectual: caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa aprendidas y practicadas por las personas en su vida diaria.

Discapacidad mental: es la presencia de deterioro de la funcionalidad y comportamiento de una persona poseedora de una disfunción mental, misma que

se encuentra directamente relacionada en forma proporcional en cuanto a la severidad y cronicidad de dicha patología.

Discapacidad múltiple: consiste en la presencia de dos o más alteraciones, sean estas física, sensorial, intelectual y/o mental. La persona portadora de este tipo de discapacidad, requiere de apoyos en diferentes áreas de las conductas socioadaptativas y en la mayoría de las áreas del desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Discapacidad sensorial: a su vez se clasifica en discapacidad auditiva y discapacidad visual:

- **Discapacidad auditiva:** consistente en la restricción en la función de la percepción de los sonidos externos.
- **Discapacidad visual:** es la deficiencia o ausencia del sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas.

La discapacidad en el Ecuador

Actualmente, El Ecuador ha sido protagonista de un amplio programa de inclusión social y solidaria a través de políticas sanitarias encaminadas a visibilizar a las personas con discapacidad, conocer su realidad para la generación de estrategias de atención y rehabilitación en salud para mejorar su calidad vida. De este modo se ha ampliado la cobertura y calidad en los diferentes organismos administrados por instituciones del sector público.

Hasta hace una década atrás, la atención de las personas con discapacidad se inició por iniciativa de familiares y organizaciones privadas bajo los criterios de caridad y beneficencia demostrando una adecuada capacidad para organizarse a fin de crear grupos sociales de ayuda que siempre han resultados escasos para cubrir la demanda real.

La intervención del Estado hasta hace poco ha sido deficiente, inoportuna e ineficaz por la falta de políticas públicas que viabilicen la creación de instituciones que dirijan técnicamente la ayuda social, económica y sanitaria de forma sistematizada, coordinada y sobre todo rigurosamente controlada.

Acciones realizadas para mejorar la atención en salud

Las acciones realizadas para mejorar la atención en salud a las personas discapacitadas en el Ecuador ha sido la firma de acuerdos con 14 ministerios e instituciones públicas comprometidas con la Vicepresidencia de la República con el fin de coordinar acciones y programas para ayudar a las personas con discapacidad identificadas por la Misión Solidaria “Manuela Espejo”, en el marco de la fase de respuesta.

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social favoreció la generación de políticas públicas que permitan la creación de un Sistema Nacional de Prevención de las Discapacidades, con el fin de cambiar la realidad de exclusión en la que vive las personas discapacitadas.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social se comprometió a ejecutar programas para proteger y propiciar el desarrollo de las personas con discapacidad.

La Secretaria de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana buscó consolidar los programas sociales con el apoyo de contrapartes comunitarias.

SENPLADES incluyó dentro del plan de desarrollo del Estado las actividades programadas por las diferentes instituciones en la segunda fase de la Misión Manuela Espejo.

El Ministerio de Economía transfirió los recursos de manera prioritaria, con el fin de cumplir con la planificación de las distintas instituciones.

El Ministerio de Defensa apoyó las tareas logísticas, así como el almacenamiento, transportación y distribución de las ayudas requeridas por las personas con discapacidad.

El Registro Civil desarrolló un plan de cedulación de las personas con discapacidad, ya sea en operaciones colectivas o en visitas por hogares.

El CONADIS carnetizó a todas las personas con discapacidad identificadas en la Misión Manuela Espejo, información que sirvió para la calificación médica de la discapacidad que realiza el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud realizó un seguimiento de casos de personas con discapacidad, proporcionándoles atención médica en todas las unidades bajo su administración, priorizando los casos críticos.

El Ministerio de Vivienda construyó y reparó viviendas de personas con discapacidad identificadas por la Misión, en condiciones críticas. Además, facilitó la entrega de bonos de vivienda e incluyó en la planificación arquitectónica criterios de accesibilidad.

El Ministerio de Relaciones Laborales desarrolló estrategias de auto sustentabilidad, centros de empleo, programas de capacitación e inclusión laboral para las personas identificadas por la Misión Manuela Espejo.

El Ministerio de Educación promovió la escolarización de las personas con discapacidad identificadas en la Misión Manuela Espejo y su capacitación.

El Ministerio de Industrias respaldó el desarrollo de microempresas y la creación de emprendimientos productivos para las personas con discapacidad y sus familias.

Correos del Ecuador apoyó las actividades operáticas de entrega y distribución de ayudas requeridas, además de permitir el uso de sus canales para facilitar la distribución de material informativo.

Todo ello con el fin de incluir a las personas con discapacidad dentro de las políticas públicas y que ésta ayuda sea oportuna, eficiente y logre mejorar su calidad de vida.

2.4.2.4 CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

(MUNTANER, J. y otros, 2003) define la calidad de vida como la: “Satisfacción con la suerte de uno mismo en la vida, y sentido de satisfacción con las propias experiencias del mundo”. (p. 499). De tal manera que se podría manifestar que es un indicador del nivel de satisfacción interna y con el entorno.

La calidad de vida en los últimos tiempos se ha convertido en el concepto más identificado a la innovación y cambio en las prácticas profesionales y de servicios sanitarios públicos, que sirve para cuantificar y cualificar materializar los apoyos enfocados en la persona con discapacidad.

Para (SCHALOCK, R., 2003) El modelo de calidad de vida para el ámbito de la discapacidad más aceptado por la comunidad internacional, utiliza indicadores referidos a ocho dimensiones que representan el núcleo de las necesidades fundamentales de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. La preocupación por el bienestar físico, especialmente por la salud y la asistencia sanitaria, resultan los indicadores más destacados y determinantes de la calidad de vida en las personas con discapacidad que envejecen. (p. 8).

Estos indicadores según Schalock se modifican ante las variaciones de salud del sujeto y van acompañadas de componentes vitales de la calidad de vida como: “el lugar de residencia y sus características por un lado y los recursos de apoyo social existentes así como el papel de la familia y de los proveedores de servicios, por otro.

El concepto de calidad de vida por lo tanto, es utilizado para una serie de propósitos entre los que se incluyen la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en

la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales o internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad. *Ibíd.* (p. 9).

La importancia de la calidad de vida en el plano de la discapacidad permitirá una evaluación razonable de la situación real del individuo para fortalecer los programas de ayuda social y de salud para proporcionarles un mejor vivir.

Principios básicos de la calidad de vida

Los principios básicos de la concepción de la Calidad de Vida acordados internacionalmente por el Grupo de Investigación de Interés Especial sobre la Calidad de Vida de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades son los siguientes:

1. Está formada por los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas en educación, salud física, salud mental y de comportamiento, retraso mental y discapacidades intelectuales, vejez y familias.
2. Se experimenta cuando las necesidades de una persona son satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes.
3. Tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamentalmente la propia percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida experimentada.
4. La calidad de vida contempla las elecciones y el control individual.
5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales, como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, la comunidad, la ciudad o el lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida o el estado del propio país.

Este conjunto de principios constituyen el punto de partida que engloba el concepto de calidad de vida en relación a los indicadores y factores que lo modifican.

Características principales del concepto de calidad de vida

Verdugo (2006) (Verdugo, M., 2006) señala: El concepto de Calidad de Vida viene determinada por la autodeterminación, los recursos, la intención en la vida y por un sentido de pertinencia. De esta definición podemos profundizar en cuatro elementos claves:

- A. Es un concepto Multidimensional.** la calidad de vida se compone de diversas dimensiones que representan de manera acumulada al constructo completo muy válido para evaluar el bienestar personal a lo largo de la vida, desde los primeros períodos de escolarización hasta la vejez; concordando con de Schalock (2003), se habla de ocho dimensiones: bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas dimensiones tienen la capacidad de adaptarse, si es preciso, a la variabilidad que representa cada etapa de la vida.
- B. Pluralismo metodológico.** incluye diseños de investigación multivariantes, medidas objetivas y subjetivas, así como la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas. Todos estos principios van en consonancia con las líneas de investigación actuales en el campo de la educación, la salud y los servicios sociales, lo cual denota la validez del constructo calidad de vida en el ámbito científico de las ciencias sociales.
- C. Agente de cambio.** Se concretan en los principios siguientes:
- La calidad de vida aumentar el bienestar personal, aplicándose según la herencia cultural y étnica de cada individuo.
 - Colaborar para promover un cambio a nivel personal y comunitario.
 - Aumentar el grado de control personal y de oportunidades individuales ejercido por el propio individuo en relación a sus actividades, intervenciones y contextos.

D. Perspectiva de sistemas. trata de incluir los diferentes sistemas que configuran la vida dentro del constructo Calidad de Vida, entendiendo que todo lo que se encuentra alrededor afecta al bienestar personal, en referencia al microsistema: individual y familiar, al mesosistema: organizaciones y redes de prestación de servicios; y al macrosistema: sociedad y cultura. En este sentido se debe tener en cuenta, no tan solo al sujeto, sino también a su entorno más próximo y al contexto general que condiciona tanto al individuo como a su primer sistema de referencia.

La calidad de vida de las personas con discapacidad

(MUNTANER, J. y otros, 2003) señala que la OMS propuso en 2001 una clasificación funcional de la discapacidad, que plantea la discapacidad como el resultado de una interacción entre las limitaciones y las capacidades de la persona, por una parte; y los apoyos disponibles en su entorno, por otra. Esta nueva concepción traslada el foco de atención desde los déficits y las dificultades que pueda tener una persona a nivel individual, para situarlo en los apoyos, los recursos y las oportunidades que el contexto próximo y social pone a su disposición para normalizar sus condiciones de vida y facilitar su participación en sus ámbitos de actuación. (p. 13).

Esta clasificación social de la discapacidad ha generado cambios de actitudes válidos en los servicios sociales y de la salud para las personas con discapacidad, ya que existe una relación directa con los niveles y oportunidades de participación social y en consecuencia con un mayor riesgo de exclusión.

El concepto de calidad de vida aplicado a las personas con discapacidad representa un agente de cambio a partir de cuatro elementos básicos, afirman Schalock y Verdugo (2007):

- Los apoyos son vehículos para promover la calidad de vida
- La comunidad es el contexto para desarrollar una calidad de vida.
- Las organizaciones deben verse a ellas mismas como puentes hacia la comunidad

- Las prácticas en la prestación de servicios deben incluir la planificación centrada en la persona.

Estudiar y profundizar en la calidad de vida de las personas con discapacidad exige partir de una premisa básica y fundamental ya consensuada y aceptada: la calidad de vida de las personas con discapacidad comprende los mismos factores y dimensiones que la de las personas sin discapacidad.

La medición de la calidad de vida

Los indicadores de calidad de vida son percepciones, conductas y condiciones que son específicas de los dominios, que proporcionan una indicación del bienestar de una persona y constituyen la base para evaluar los resultados personales relacionados con la calidad de vida y el impacto en el desarrollo de programas y en la prestación de servicios, pues este concepto se utiliza como un criterio para evaluar la eficacia de los servicios.

Por lo tanto, comenta (GINÉ, Cl., 2004) “el diseño de un modelo de evaluación que permita reflexionar sobre las propias prácticas del centro social y de salud se justifica por la necesidad de mejorar el servicio y su entorno; es decir, por la posibilidad de conseguir un buen engranaje entre las oportunidades del entorno y las necesidades específicas de los usuarios del servicio”. (p. 13).

Así las cosas, la medición de la calidad de vida tiene como fundamental objetivo mejorar tanto la percepción del propio individuo como los recursos, apoyos y oportunidades que se ponen a disposición de la persona para favorecer su desarrollo y satisfacción. Además, se debe tener presente que también existen una serie de dificultades en la evaluación de la calidad de vida subjetiva de determinadas personas: aquellas que tienen serias dificultades de comunicación; la dificultad para discernir entre los cambios en las diferentes situaciones de vida.

Medir la calidad de vida permite que las personas progresen hacia una vida con sentido, que les producen satisfacción y que valoran. Las evaluaciones para medir

la calidad de vida de las personas con discapacidad deben ser orientaciones para la evaluación y la mejora personal tanto de los programas como de las políticas desarrolladas, nunca para clasificar a las personas o a las organizaciones.

2.5 HIPÓTESIS

La Adaptación y Validación Inicial del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP 2 es una prueba diagnóstica válida relacionada con la calidad de vida en personas con discapacidad.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1 Variable Independiente

Adaptación y Validación Inicial del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP 2

2.6.2 Variable Dependiente

Calidad de Vida

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tendrá un enfoque cuantitativo. Para (GÓMEZ, M., 2006) “el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente”. (p. 60).

Por lo que la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados (MYMOP2) y su relación con la calidad de vida en personas con discapacidad consta de variables que buscan recoger y cuantificar datos, los cuales se medirán en términos de periodicidad para realizar posteriormente un análisis estadístico, que permitirá realizar comparaciones entre muestras a las cuales se ha aplicado la misma prueba.

3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se propone se realizará bajo las siguientes modalidades:

3.2.1 Investigación de Campo

Es de campo porque la adaptación y validación inicial del Perfil de Desenlaces de Salud autoevaluados MYMOP2 y su relación con la calidad de vida en personas con discapacidad se realizará en el lugar de los hechos es decir en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo, en el que el investigador entrará en contacto directo con la realidad y el problema a determinar.

3.2.2 Investigación Bibliográfica o Documental

Por lo tanto se utilizará libros, informes, información de internet sobre temas relacionados a la adaptación y validación inicial del Perfil de Desenlaces de Salud

autoevaluados MYMOP2 y su relación con la calidad de vida en personas con discapacidad para la elaboración del marco teórico.

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El estudio utilizará algunos procesos y pasos de la metodología para evaluar la adaptación y validación inicial de perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 y su relación con la calidad de vida en personas con discapacidad.

3.3.1 Investigación Exploratoria

Se utilizó la investigación exploratoria porque permitió realizar el planteamiento del problema, es decir de la inexistente adaptación y validación inicial del Perfil de Desenlaces de Salud autoevaluados (MYMOP2) que se relaciona con la calidad de vida en personas con discapacidad.

3.3.2 Investigación Descriptiva

Este tipo de investigación permitió detallar las características más importantes del problema de estudio es decir de la calidad de vida de las personas con discapacidad en lo que respecta a su origen y desarrollo con el objetivo de describir el problema dentro de una circunstancia témporo-especial determinada, es decir en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo en el período Marzo-Agosto del 2014.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para (DÍAZ, F., 2010), “la población es la totalidad de los elementos a investigar respecto a ciertas características comunes en un espacio y tiempo determinados en los que se estudia un hecho o fenómeno” (p. 48). Por lo que la población de estudio se conforma de la siguiente manera:

Tabla N° 1: Población

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Personas discapacitadas beneficiarias del proyecto Atención Hogar y la Comunidad	100
TOTAL	100

Fuente: Fundación Construyamos un Sueño-MIES

Elaborado por: Dario Calles

La población lo constituyen las 100 personas con discapacidad en la muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo a quienes se les aplicará el cuestionario de Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados (MYMOP2) y el cuestionario GENCAT para determinar la relación con la calidad de vida de las personas con discapacidad.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N° 2: V. I. Adaptación y Validación de MYMOP2

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMES	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>Adaptación y Validación</p> <p>Cambiar una cosa, modificarla o ajustarla para que sea válida, sirva, funcione, en una situación nueva y con características distintas</p>	<p>Contexto</p> <p>Construcción y adaptación</p> <p>Aplicación</p> <p>Interpretación de las puntuaciones</p>	<p>Ámbito socio-cultural</p> <p>Diferencias culturales</p> <p>Traducción</p> <p>Familiarización</p> <p>Materiales</p> <p>Procedimientos</p> <p>Formas de respuesta</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Interpretación</p> <p>Diferencias</p>	<p>¿Considera ud. que el perfil MYMOP está acorde al ámbito socio cultural en el que se encuentran las personas a evaluar?.</p> <p>¿A su criterio, la traducción realizada en el perfil MYMOP2 es de fácil comprensión ?.</p> <p>¿Tuvo un capacitación previa para aplicar el perfil MYMOP2?</p> <p>¿Conoce ud. cómo interpretar los resultados del perfil MYMOP2?.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Perfil MYMOP2 • Cuestionario GENCAT

Elaborado por: Dario Calles

Tabla N° 3: Calidad de Vida

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>(MUNTANER, J. y otros, 2003)</p> <p>La calidad de vida se define como la: Satisfacción con la suerte de uno mismo en la vida, y sentido de satisfacción con las propias experiencias del mundo</p>	<p>Principios</p> <p>Características</p> <p>Medición</p>	<p>Indicadores</p> <p>Necesidades satisfechas</p> <p>Percepción del individuo</p> <p>Control individual</p> <p>Bienestar</p> <p>Inclusión social</p> <p>Derechos</p> <p>Recursos</p> <p>Apoyo</p> <p>Oportunidades</p>	<p>¿Considera ud. que el perfil MYMOP2 recoge la percepción del estado de salud del encuestado?</p> <p>¿Considera ud. que el perfil MYMOP2 permite escoger el grado de bienestar que más aqueja al encuestado?</p> <p>¿La aplicación del perfil MYMOP2 permite una mejor planificación del tratamiento terapéutico para mejorar la inclusión social del encuestado?</p> <p>¿Es necesario medir la calidad de vida de las personas con discapacidad para favorecer su bienestar personal?</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Perfil MYMOP2 • Cuestionario GENCAT

Elaborado por: Dario Calles

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas son aquellas que permiten recolectar la información primaria es decir de los individuos que conocen el problema de estudio en este caso de la calidad de vida.

Encuesta

Según (HERRERA, L. y otros, 2008) en Tutoría de la Investigación Científica, señala que “La encuesta es una técnica de recolección de la información por la cual los informantes responden por escrito a preguntas entregadas por escrito”. (p. 120) Para efectos del presente estudio, se aplicarán una a las personas con discapacidad en la muestra del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo.

Instrumentos

El instrumento a utilizar será el Cuestionario puesto que es una herramienta que sirve de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad estudiada, “La finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática, información de la población investigada sobre las variables que interesan estudiar. Esta información generalmente se refiere a lo que las personas encuestadas son, hacen, opinan y sienten”. (HERRERA, L. y otros, 2008). En este caso se utilizará el Cuestionario aplicado al equipo técnico que labora en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” y el perfil MYMOP2 y GENCAT para medir la calidad de vida que se aplicará a las personas beneficiarias del proyecto.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El procedimiento de recolección de información contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de la investigación, de acuerdo con el enfoque escogido:

Para sintetizar la descripción del plan de recolección es necesario establecer a las siguientes preguntas.

Tabla N° 4: Recolección de la Información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para realizar la adaptación y validación inicial del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2
2. ¿De qué personas u objetos?	Beneficiarios del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Calidad de vida de las personas con discapacidad
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Dario Calles
5. ¿Cuándo?	Marzo-Agosto 2014
6. ¿Dónde?	Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”
7. ¿Cuántas veces?	Dos veces
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta
9. ¿En qué situación?	En terapias de rehabilitación

Elaborado por: Dario Calles

La recolección de la información se define el problema y los objetivos de la investigación para lo cual se establecen todos y cada uno de los objetivos específicos que se plantearon inicialmente en el proyecto, se clasificará a la información en secundaria y en primaria ya sea esta cuantitativa o cualitativa.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se seguirán los pasos planteados por (HERRERA, L. y otros, 2008)

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente y otras fallas.

- Repetición de la recolección en ciertos individuos, para corregir fallas de contestación.
- Cuadro según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro de cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente)
- Para el análisis de las encuestas se las realizarán por medio de Gráficos ya sean de barras o de pastel con sus respectivos porcentajes. (p. 128)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Escala de Calidad de Vida (GENCAT)

Datos Informativos

a) Género

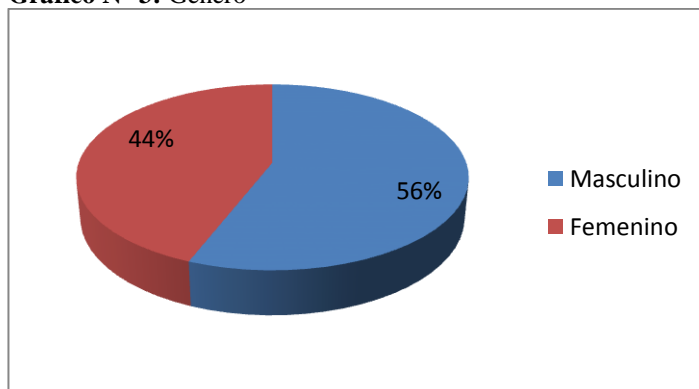
Tabla N° 5: Género

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	56	56%
Femenino	44	44%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala GENCAT

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 3: Género



Fuente: Tabla N°5

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

De los 100 beneficiarios del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de Cantón Salcedo evaluadas y que constituyen el 100%, el 56% son de Género masculino mientras el 44% es femenino.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de beneficiarios son de Género masculino.

b) Edad Cronológica

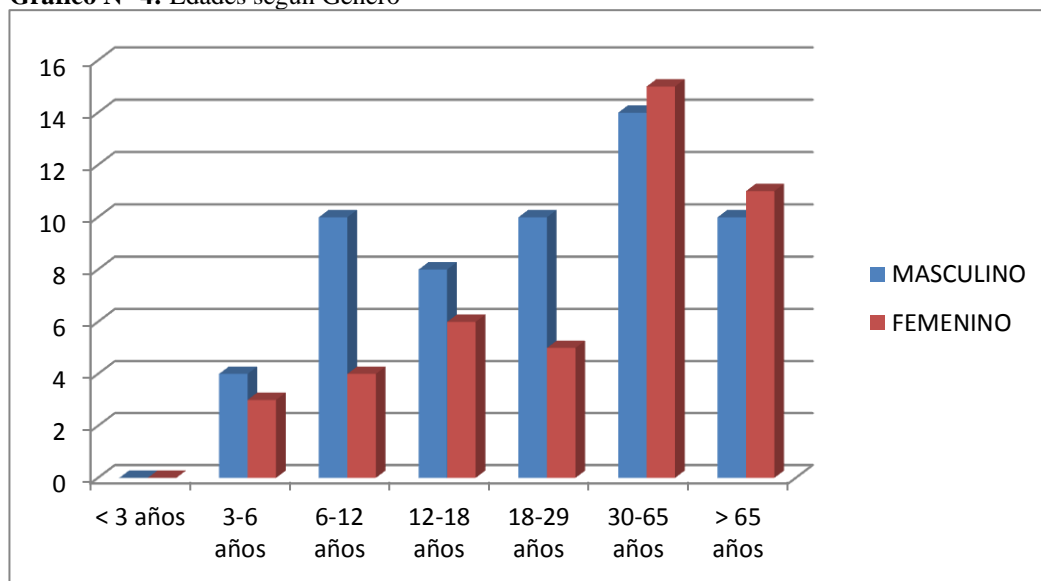
Tabla N° 6: Edad Cronológica

EDADES	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
< 3 años	0	0%	0	0%	0	0%
3-6 años	4	7%	3	7%	7	7%
6-12 años	10	18%	4	9%	14	14%
12-18 años	8	14%	6	14%	14	14%
18-29 años	10	18%	5	11%	15	15%
30-65 años	14	25%	15	34%	29	29%
> 65 años	10	18%	11	25%	21	21%
TOTAL	56	100%	44	100%	100	100%

Fuente: Escala GENCAT

Elaborado por: Dario Calles

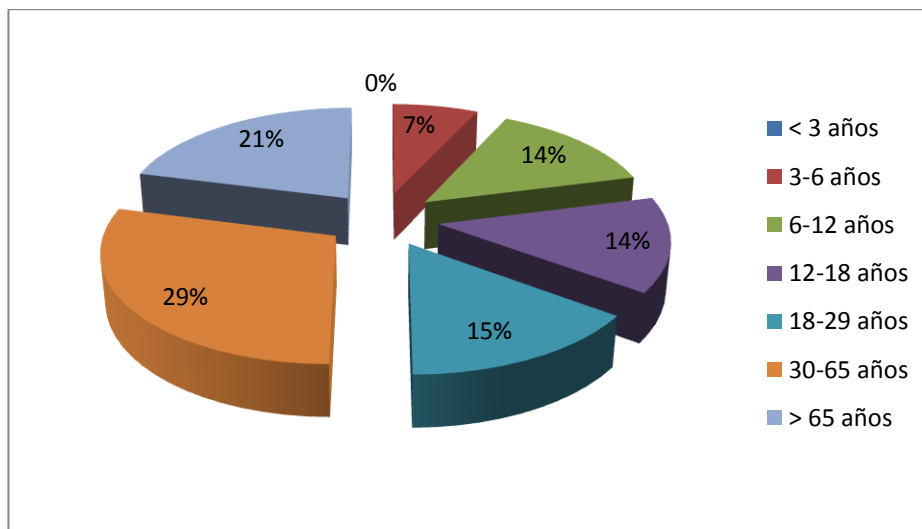
Gráfico N° 4: Edades según Género



Fuente: Tabla N°6

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 5: Edad



Fuente: Tabla N°6
Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

De las 100 personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de Cantón Salcedo evaluadas y que constituyen el 100%, el 29% se encuentran entre los 30 a 65 años de edad; el 21% son mayores de 65 años; 15% están entre los 18 a 29 años; el 14% lo comparten las opciones entre 12 a 18 años y entre 6 a 12 años; y el 7% entre los 3 a 6 años.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede manifestar que la mayoría de las personas con discapacidad son adultos seguidos por personas adultas mayores. Además se debe destacar la cantidad importante de niños y adolescentes que forman parte de este proyecto y constituyen una tercera parte de la población.

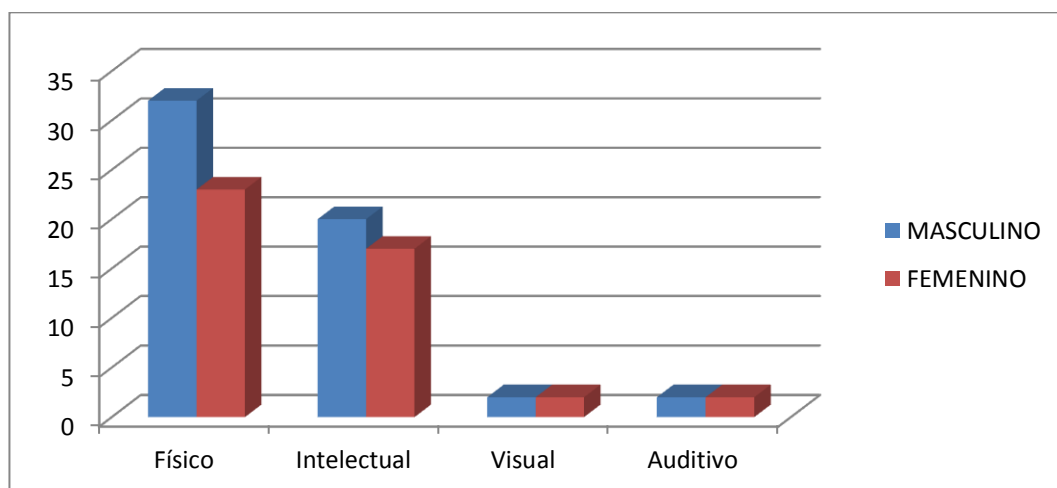
c) Discapacidad

Tabla N° 7: Discapacidad

DISCAPACIDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
Físico	32	57%	23	52%	55	55%
Intelectual	20	36%	17	39%	37	37%
Visual	2	3%	2	4%	4	4%
Auditivo	2	4%	2	5%	4	4%
TOTAL	56	100%	44	100%	100	100%

Fuente: Escala GENCAT

Elaborado por: Dario Calles



Fuente: Tabla N°7

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

De las 100 personas con discapacidad evaluadas, el 57% de ellas de sexo masculino tienen discapacidad física, el 36% intelectual, 3% visual y el 2% auditivo; mientras que, el 52% del sexo femenino tienen discapacidad física, el 39% intelectual, el 4% visual y finalmente el 5% auditiva.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de personas evaluadas tienen discapacidad física, tanto hombres como mujeres.

d) Procedencia

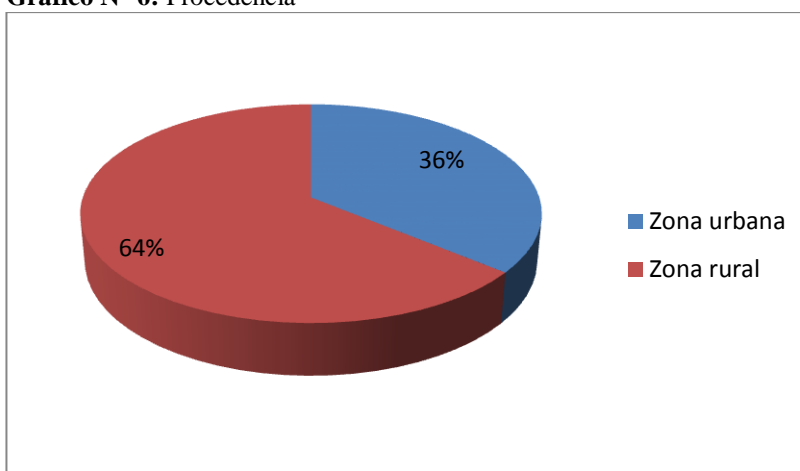
Tabla N° 8: Procedencia

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Zona urbana	36	36%
Zona rural	64	64%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala GENCAT

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 6: Procedencia



Fuente: Tabla N°8

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

El 36% de las personas con discapacidad evaluadas pertenecen a la zona urbana del Cantón Salcedo mientras que el 64% de la zona rural.

La mayoría de las personas beneficiarias del proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” pertenecen a la zona rural del Cantón Salcedo.

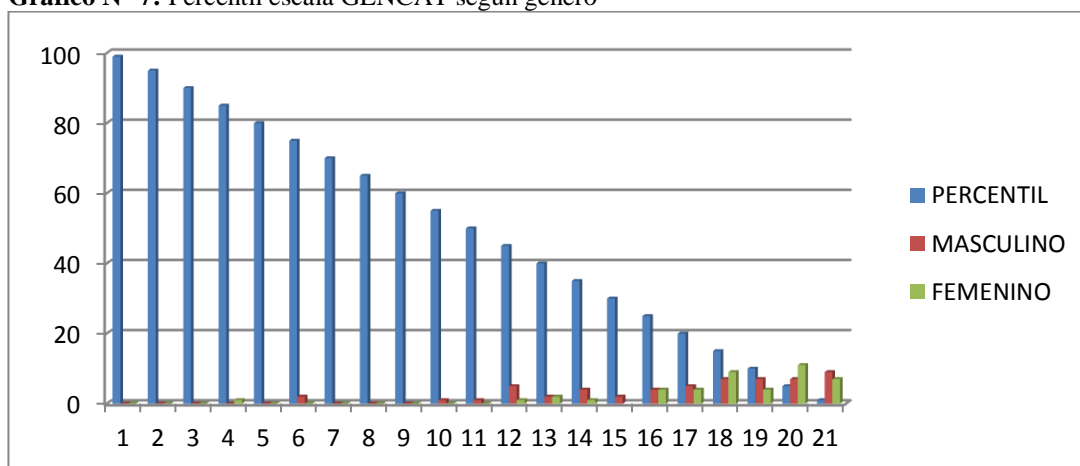
Tabla N° 9: Informe de Calidad de Vida escala GENCAT

INFORME CALIDAD DE VIDA	PERCENTIL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
>130	99			
122-130	95			
118-121	90			
114-117	85		1	1
112-113	80			
110-111	75	2		2
108-109	70			
106-107	65			
104-105	60			
102-103	55	1		1
100-101	50	1		1
98-99	45	5	1	6
96-97	40	2	2	4
94-95	35	4	1	5
92-93	30	2		2
89-91	25	4	4	8
86-88	20	5	4	9
84-85	15	7	9	16
79-83	10	7	4	11
68-78	5	7	11	18
<68	1	9	7	16
TOTAL:		56	44	100

Fuente: Escala GENCAT

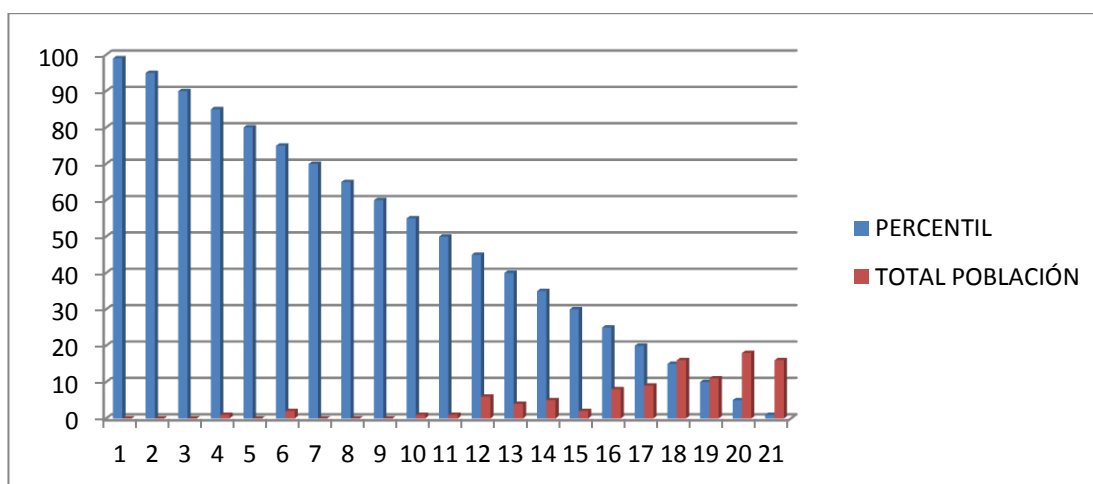
Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 7: Percentil escala GENCAT según género



Fuente: Tabla N°9
Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 8: Percentiles escala GENCAT



Fuente: Tabla N°9
Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

De las 100 personas evaluadas, el 18% se encuentran en el percentil 5, el 16% lo comparten los percentiles 1 y 15; 11% el percentil 10%, 9% el percentil 20; el 8% el percentil 25; el 6% el percentil 45; el 5% el percentil 35; el 2% lo comparten los percentiles 30 y 75; mientras que el 1% se encuentran en los percentiles 50, 55 y 85.

De acuerdo con las puntuaciones estándar y percentiles de la Escala GENCAT, se utilizó el Baremo A para la muestra general (Anexo N°4.) Según (VERDUGO, M. y otros, 2009) el índice y el percentil del índice de calidad de vida se obtiene acorde a la tabla establecida (Anexo N°5) y de acuerdo a las normas de puntuación y corrección e interpretación “Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida”. (p. 28).

Por lo tanto, y de acuerdo con Verdugo y otros, la mayoría de personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de Cantón Salcedo se evalúan dentro de percentiles bajos por lo tanto su calidad de vida es baja.

4.2 Perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2

1. Síntoma prevalente

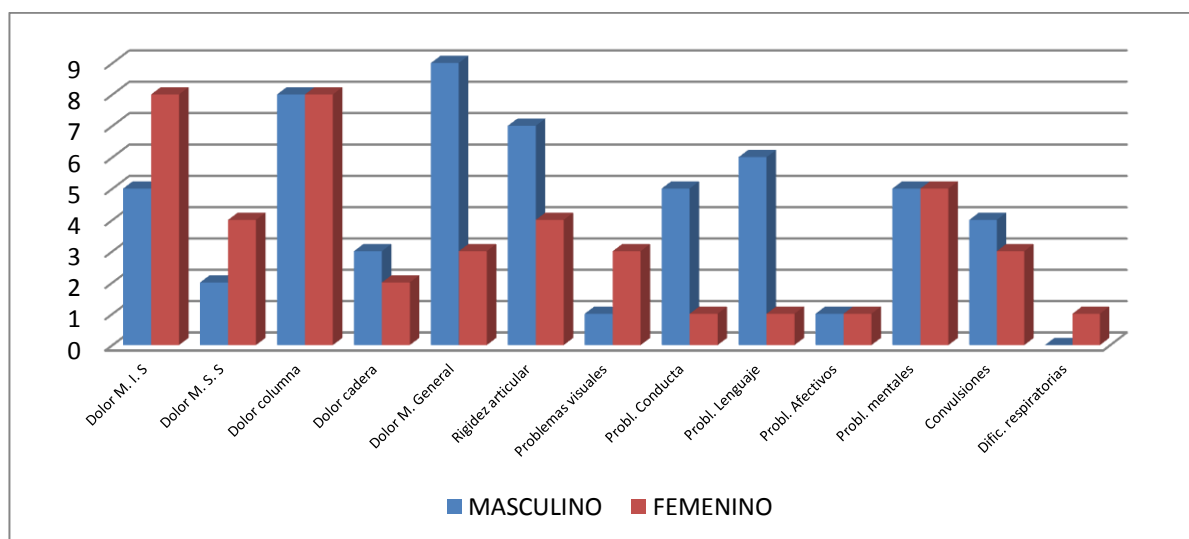
Tabla N° 10: Síntoma prevalente

SÍNTOMAS	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
Dolor Miembro Inferior	5	9%	8	18%	13	13%
Dolor Miembro Superior	2	4%	4	9%	6	6%
Dolor columna	8	14%	8	18%	16	16%
Dolor cadera	3	5%	2	5%	5	5%
Dolor muscular general	9	16%	3	7%	12	12%
Rigidez articular	7	12%	4	9%	11	11%
Problemas visuales	1	2%	3	7%	4	4%
Problemas de conducta	5	9%	1	2%	6	6%
Problemas de lenguaje	6	11%	1	2%	7	7%
Problemas afectivos	1	2%	1	2%	2	2%
Problemas mentales	5	9%	5	12%	10	10%
Convulsiones	4	7%	3	7%	7	7%
Dificultados respiratorias	0	0%	1	2%	1	1%
TOTAL	56	100%	44	100%	100	100%

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 9: Síntomas



Fuente: Tabla N°10

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

El 16% de las personas masculino con discapacidad tiene como síntoma prevalente dolor muscular general, el 14% dolor en la columna, 12% rigidez articular, 11% problemas de lenguaje, el 9% lo comparten los síntomas Dolor en Miembro Inferior, Problemas de conducta y mentales, el 7% Convulsiones, 5% Dolor de cadera, 4% Dolor Miembro Superior; el 2% lo comparten los síntomas Problemas visuales y Problemas afectivos.

El 18% de las personas femeninas con discapacidad refieren dolor en el Miembro Inferior y Dolor en la columna, el 12% problemas mentales, el 9% rigidez articular, 7% lo comparten los síntomas dolor muscular general, problemas visuales y convulsiones, 5% dolor en la cadera mientras que el 2% lo comparten los síntomas problemas de conducta, lenguaje, afectivos y dificultades respiratorias.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de personas con discapacidad refieren síntomas de dolor de columna, miembro inferior y dolor muscular en general.

2. Actividad

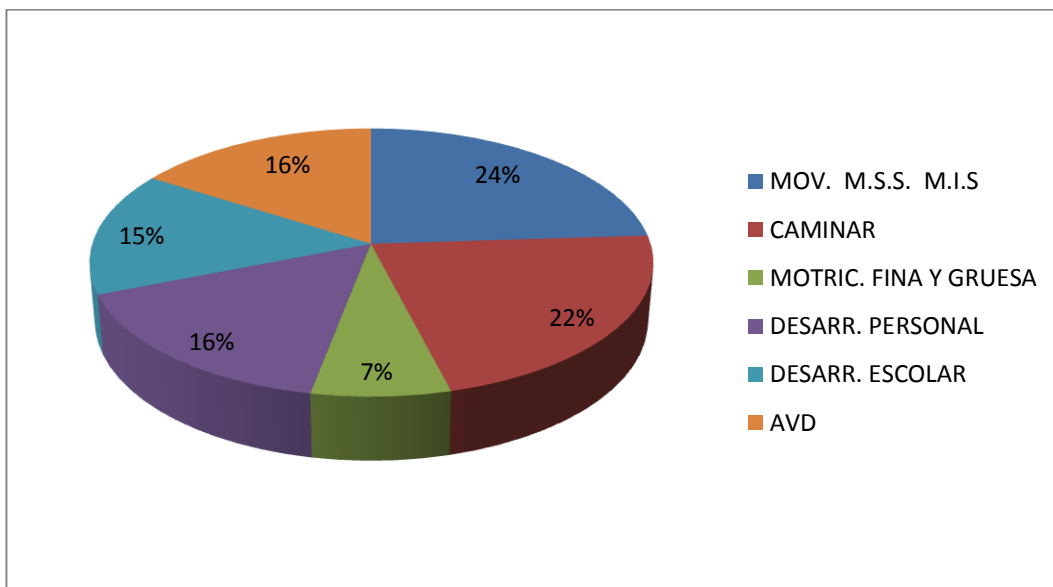
Tabla N° 11: Actividad

MOVILIDAD	MASCUL.	%	FEM.	%	TOTAL	%
MOV. M.S.S. M.I.S	10	18%	14	32%	24	24%
CAMINAR	14	25%	8	18%	22	22%
MOTRIC. FINA Y GRUESA	3	5%	4	9%	7	7%
DESARR. PERSONAL	9	16%	7	16%	16	16%
DESARR. ESCOLAR	9	16%	6	14%	15	15%
AVD	11	20%	5	11%	16	16%
TOTAL	56	100%	44	100%	100	100%

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 10: Actividad



Fuente: Tabla N°11

Elaborado por: Dario Calles

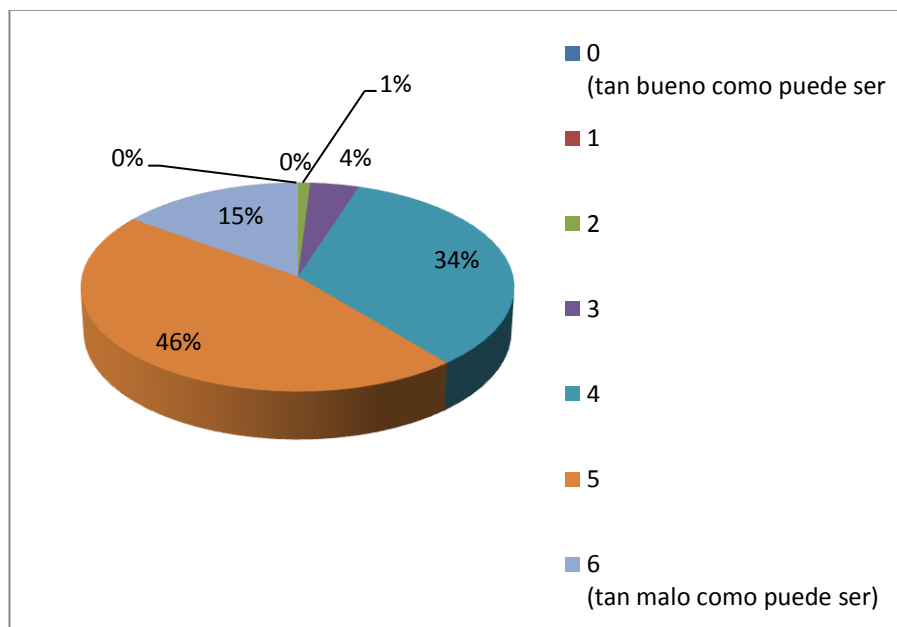
Tabla N° 12: Puntuación Escala MYMOP2

MASCULINO			FEMENINO			TOTAL Masculino+Femenino	
ESCALA CALIDAD DE VIDA	fr	FA	ESCALA CALIDAD DE VIDA	fr	FA	TOTAL fr	% FA
0 (tan bueno como puede ser)	0	0%	0 (tan bueno como puede ser)	0	0%	0	0%
1	0	0%	1	0	0%	0	0%
2	1	2%	2	0	0%	1	1%
3	2	3%	3	2	5%	4	4%
4	20	36%	4	14	32%	34	34%
5	27	48%	5	19	43%	46	46%
6 (tan malo como puede ser)	6	11%	6 (tan malo como puede ser)	9	20%	15	15%
TOTAL	56	100%	TOTAL	44	100%	100	100%

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

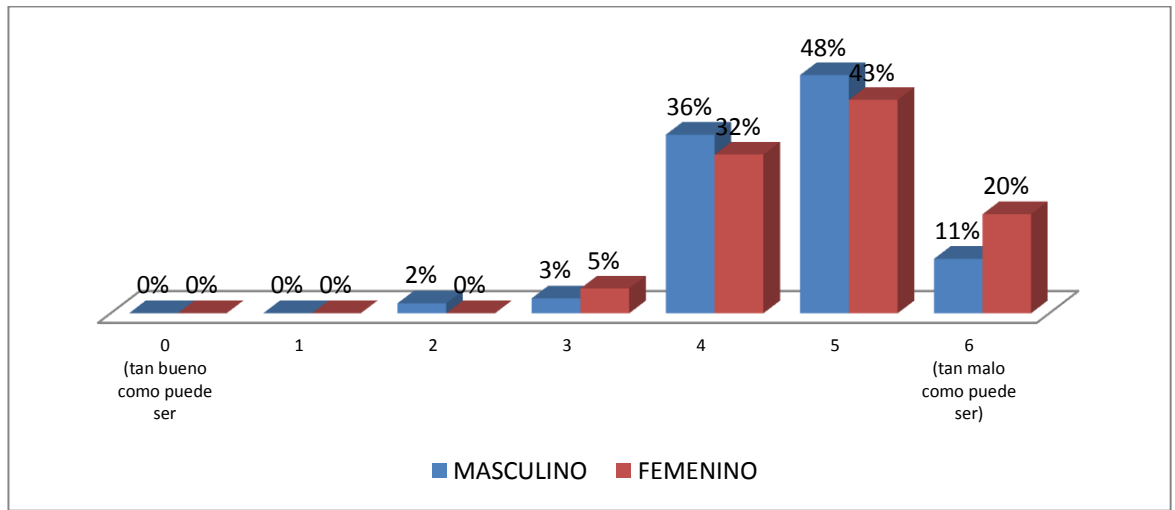
Gráfico N° 11: Puntuación Escala MYMOP2



Fuente: Tabla N°12

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 12: Puntuación Escala MYMOP2 por Géneros



Fuente: Tabla N°12

Elaborado por: Dario Calles

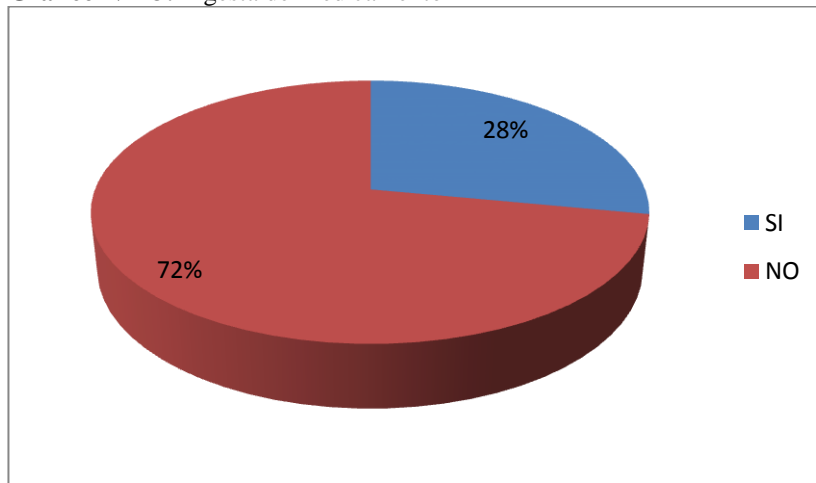
Tabla N° 13: Ingesta de Medicamento

INGESTA MEDICAMENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
SI	10	18	28	28%
NO	46	26	72	72%
TOTAL	56	44	100	100%

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 13: Ingesta de Medicamento



Fuente: Tabla N°13

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

El perfil MYMOP2 consta de 3 preguntas: síntomas, actividad y bienestar general. Las puntuaciones se las obtiene de la suma del primer síntoma, si éste califica como 6 el segundo síntoma no se utiliza, a este resultado se suma la cantidad de la actividad y del bienestar general; este total se resume dividiendo por 3 (número de preguntas) y se obtiene una puntuación en el perfil MYMOP2 que va de 0 a 6.

Dentro de la escala del perfil MYMOP2, se toma las puntuaciones desde 0 a 2 como muy buena; 3 como buena; 4 como regular, 5 como deficiente y 6 como mala.

Por lo tanto, de las 100 personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo evaluadas y que constituyen el 100%, al aplicar el perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 se puede observar que el 46% se encuentra en la escala 5. Tomando como referencia que a mayor puntuación peor es, por lo tanto, 0 es igual a tan bueno como puede ser y 6 a tan malo como puede ser, consecuentemente la escala 5 significa que la calidad de vida de las personas con discapacidad es deficiente.

Si se separa las puntuaciones de la escala MYMOP2 por Géneros se tiene que el Género masculino se encuentra puntuando en 5 con el 48%, en 4 con el 36% y en 6 con el 11%; consecuentemente la evaluación de la calidad de vida del Género masculino es deficiente.

En cuanto al Género femenino se tiene que la puntuación 5 se ubica en el 43%; en 4 con el 32% y 6 con el 20%, por lo tanto la evaluación de la calidad de vida de las personas con discapacidad del Género femenino es deficiente.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la evaluación de la calidad de vida de las personas discapacitadas, beneficiarias del Proyecto “Atención en el Hogar y la

Comunidad” del Cantón Salcedo es deficiente; evidenciándose que el Género masculino tiene una mejor calidad de vida que el Género femenino.

De la misma manera, en cuanto a la ingesta de medicamento se pudo determinar que el 72% de las pacientes no ingieren medicamento alguno mientras que el 28% si lo hacen; en cuanto a la clasificación por Géneros se pudo evidenciar que el Género femenino son las que más ingieren medicamento.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de personas discapacitadas no ingieren medicamento, debido principalmente a que el equipo técnico está conformado por terapistas físicos y ocupacionales; por lo que, los pacientes no disponen de control médico general ni especializado ya que el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” no cuenta con este servicio muy necesario y de prioritario.

Perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 aplicado 45 días después

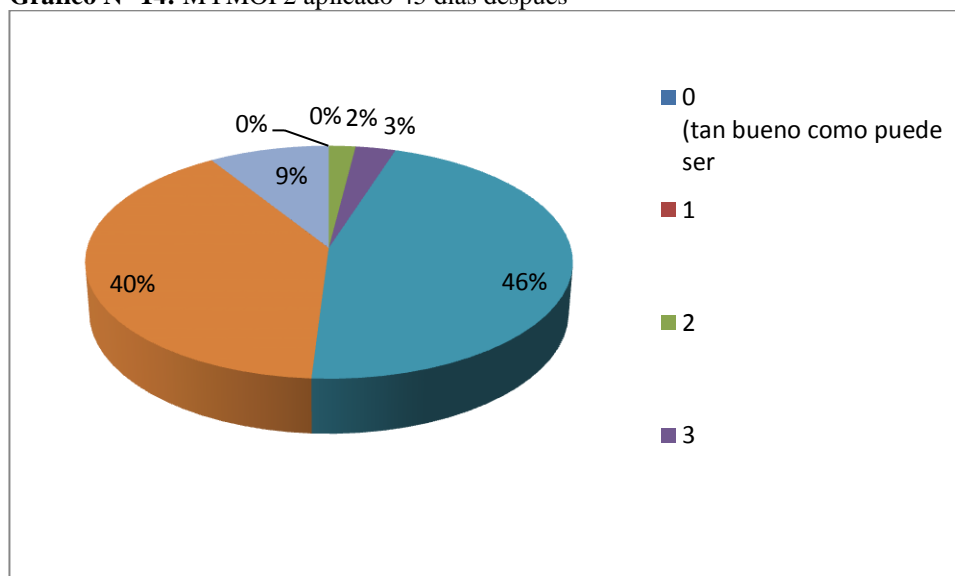
Tabla N° 14: MYMOP2 aplicado 45 días después

MASCULINO			FEMENINO			TOTAL Masculino+Femenino	
ESCALA CALIDAD DE VIDA	fr	FA	ESCALA CALIDAD DE VIDA	fr	FA	TOTAL M+F	% TOTAL
0 (tan bueno como puede ser)	0	0%	0 (tan bueno como puede ser)	0	0%	0	0%
1	0	0%	1	0	0%	0	0%
2	2	4%	2	0	0%	2	2%
3	1	2%	3	2	5%	3	3%
4	26	46%	4	20	45%	46	46%
5	22	39%	5	18	41%	40	40%
6 (tan malo como puede ser)	5	9%	6 (tan malo como puede ser)	4	9%	9	9%
TOTAL	56	100%	TOTAL	44	100%	100	100%

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

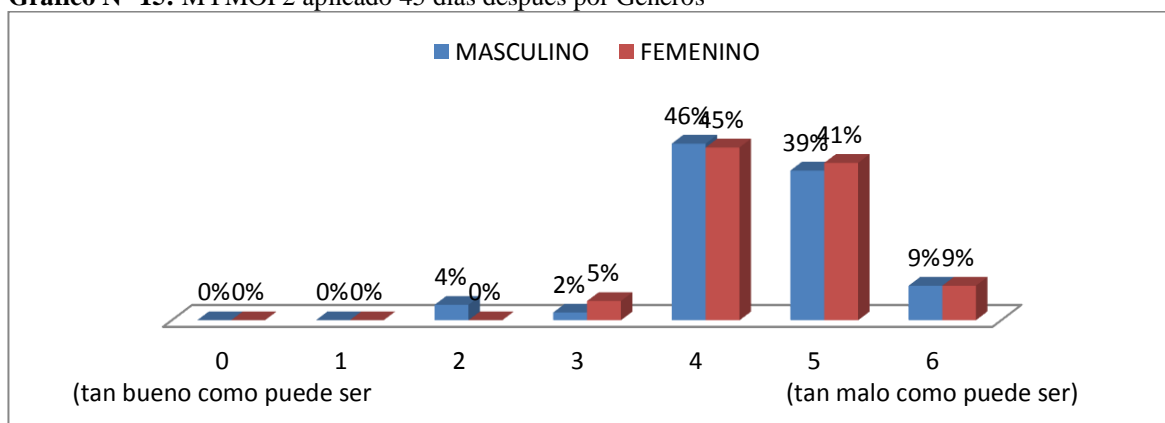
Gráfico N° 14: MYMOP2 aplicado 45 días después



Fuente: Tabla N°14

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 15: MYMOP2 aplicado 45 días después por Géneros



Fuente: Tabla N°14

Elaborado por: Dario Calles

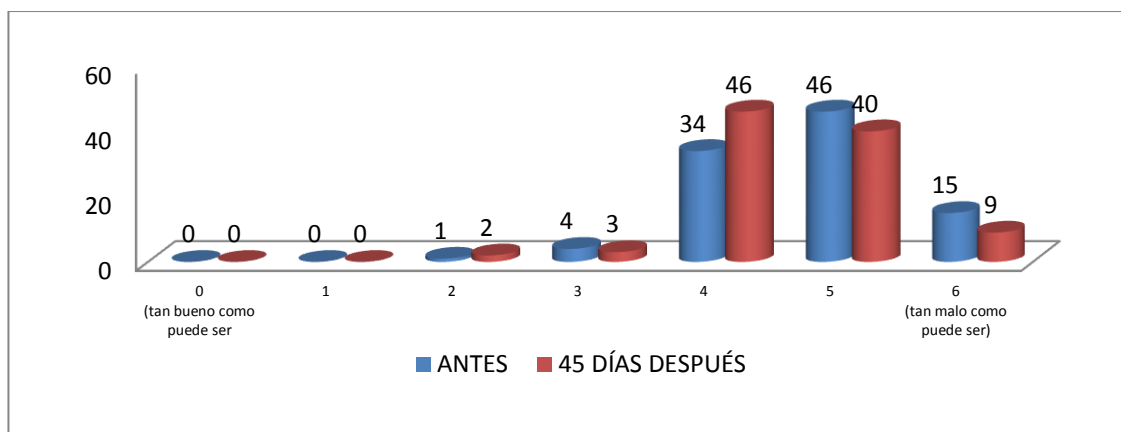
Tabla N° 15: Evaluación inicial y de seguimiento

ESCALA CALIDAD DE VIDA	ANTES	45 DÍAS DESPUÉS
0 (tan bueno como puede ser)	0	0
1	0	0
2	1	2
3	4	3
4	34	46
5	46	40
6 (tan malo como puede ser)	15	9
TOTAL	100	100

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 16: Evaluación inicial y de seguimiento



Fuente: Tabla N°15

Elaborado por: Dario Calles

Análisis e Interpretación de Resultados

Después de 45 días de haber evaluado inicialmente a las 100 personas discapacitadas de una muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo; los resultados obtenidos fueron reportados al equipo técnico con el objeto de que abordaran en forma prioritaria el síntoma que más aquejaba a cada uno de los beneficiarios, luego de 45 días se procedió a evaluarlos nuevamente aplicando el formulario de seguimiento del MYMOP2, notándose una leve mejoría; esto significa que, inicialmente, las personas con discapacidad tenían un bienestar general de 5 y en la segunda evaluación puntúan 4. Recordando que la escala va de 0 (tan bueno como puede ser) a 6 (tan malo como puede ser); sería deseable que los puntajes se acerquen a 0.

La disminución de 1 o más en el formulario de seguimiento de la escala MYMOP2 que se aplica después de 45 días, denota una mejoría, lo cual es positivo para su bienestar general y consecuentemente se refleja en la calidad de vida de los pacientes con discapacidad del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo.

4.3 Validación de Hipótesis

Validación Inicial del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo

Para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo se aplicó el perfil MYMOP2, es una medida específica del problema generado por el paciente para seleccionar el síntoma o problema que más aqueja al paciente y sugerir un síntoma secundario de gravedad. Además permite elegir una actividad que le gustaría ser capaz de hacerlo mejor pero no pueden como resultado de los síntomas que presenta y finalmente evalúa el bienestar general. A continuación se demuestra que el instrumento cuenta con la validez suficiente para ser útil a dicho objetivo.

Validez Inicial

El perfil MYMOP2 se aplicó a 100 personas con discapacidad de una muestra del Proyecto “Atención en el hogar y la Comunidad” en el Cantón Salcedo. Los resultados de síntoma 1, síntoma 2 y bienestar tienen cada uno una puntuación separada (0 a tan bueno como podría ser y 6 a tan malo como podría ser). La puntuación perfil MYMOP2 es la media aritmética de todas las preguntas contestadas y se lo representa tanto para su inicial como en la forma de seguimiento.

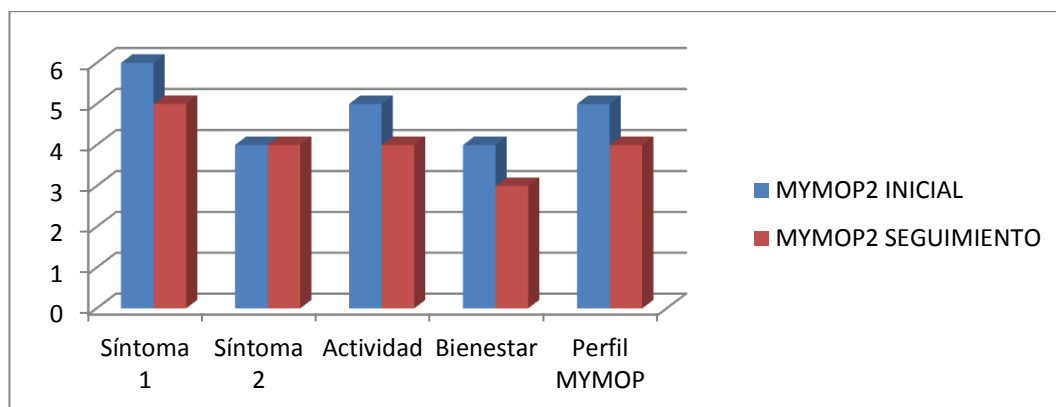
Tabla N° 16: Perfil MYMOP2

PUNTAJES MYMOP2	MYMOP2 INICIAL	MYMOP2 SEGUIMIENTO	CAMBIO EN PUNTUACIÓN
Síntoma 1	6	5	1
Síntoma 2	4	4	0
Actividad	5	4	1
Bienestar	4	3	1
Perfil MYMOP2	5	4	1

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 17: Perfil MYMOP2



Fuente: Tabla N°16

Elaborado por: Dario Calles

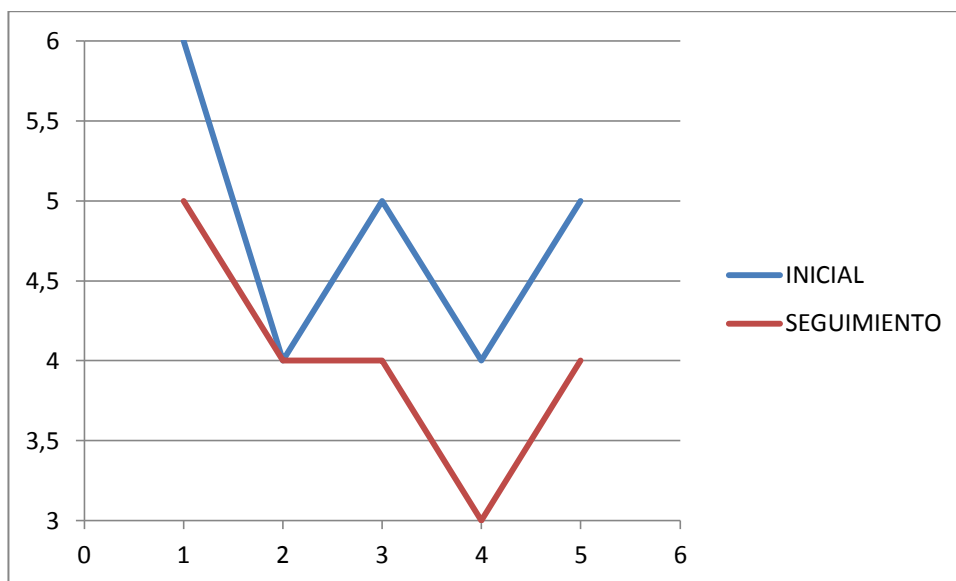
Tabla N° 17: Prueba t MYMOP2

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	4,8000	4,0000
Varianza	0,7000	0,5
Observaciones	5,0000	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0,8452	
Diferencia hipotética de las medias	0,0000	
Grados de libertad	4,0000	
Estadístico t	4,0000	
P(T<=t) una cola	0,0081	
Valor crítico de t (una cola)	2,1318	
P(T<=t) dos colas	0,0161 significancia	
Valor crítico de t (dos colas)	2,7764	

Fuente: Escala MYMOP2

Elaborado por: Dario Calles

Gráfico N° 18: Perfil MYMOP2



Fuente: Tabla N°17
Elaborado por: Dario Calles

Los valores normativos señalan el cambio de resultados en el perfil inicial con relación al de seguimiento tomado 45 días después. Los datos iniciales fueron considerados para utilizarlos de forma terapéutica específica.

Luego de 45 días se puede determinar que si ha existido un cambio significativo del 0,0161 y una media de 4,8 en la evaluación inicial a 4 en el formulario de seguimiento; tomando en cuenta que cualquier cambio menor de 1 o más representa una mejora y un aumento de uno o más representa un empeoramiento de su calidad de vida.

Después de 45 días se ha podido demostrar que los cambios efectuados en el tratamiento terapéutico de las personas con discapacidad si logró mejorar la calidad de vida de la muestra evaluada, por lo tanto se demuestra que el perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 es una herramienta válida para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad de la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La adaptación cultural de la versión en español del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 consistió en el cambio de ciertas palabras sin perder su significado, contexto e importancia con el propósito de facilitar una mejor comprensión para una adecuada aplicación.
- El bienestar general de las personas con discapacidad de la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo realizado a través del perfil MYMOP2 tiene una puntuación de 5 en la evaluación inicial que corresponde a deficiente y de 4 en la evaluación de seguimiento correspondiente a regular, Recordando a (GARCÍA, F., 2014) quien señala “que la puntuación de la escala va de 0 a 6; tomando en cuenta que 0 es tan bueno como podría ser y 6 tan malo como podría ser”.
- La calidad de vida de la muestra evaluada se encuentra entre los rangos 68-78 correspondiente al percentil 5 en la escala de GENCAT, es decir bajo; lo cual coincide la evaluación del bienestar general del perfil MYMOP2 al ubicar la puntuación inicial en deficiente.
- De acuerdo con la escala de GENCAT, las personas con discapacidad pertenecen en su mayoría al género masculino con el 56%, se encuentran entre los 30 a 65 años de edad es decir son adultos pertenecientes a la zona rural del Cantón Salcedo, la discapacidad prevalente es la física.
- De acuerdo al perfil MYMOP2, el síntoma que más aqueja es el dolor en la columna 16%, miembros inferiores 13% y el dolor muscular general 12% por tal razón, a la actividad que más afecta es a la movilidad general.

5.2 RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en todos los cantones donde se lleva a cabo el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la provincia de Latacunga; con el objeto abordar en forma permanente, periódica y específica los problemas o síntomas que más afectan la calidad de vida de los beneficiarios de este proyecto dependiente del Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Capacitar en el uso, aplicación e interpretación del perfil MYMOP2 inicial y el formulario de seguimiento para determinar los avances en cuanto a la mejoría del bienestar en general de las personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo con el propósito de replantear la planificación del tratamiento terapéutico.
- Recomendar la utilización del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la Provincia de Cotopaxi.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 TEMA

Taller para la implementación del uso del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la Provincia de Cotopaxi

6.2 DATOS INFORMATIVOS

Institución Ejecutora:

Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”

Beneficiarios:

Pacientes discapacitados beneficiarios del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”.

Ubicación

Cantones de la Provincia de Cotopaxi

Tiempo Estimado para la Ejecución:

6 meses

Equipo Técnico Responsable:

Coordinadora Proyecto Discapacidad Prov. Cotopaxi: Lcda. Patricia Prócer

Directora Fundación Construyamos un Sueño: Ing. Gabriela Mena

Investigador: Dario Marcelo Calles Pérez

6.3 ANTECEDENTES

La atención terapéutica en personas con discapacidad constituye el eje fundamental de su calidad de vida, siendo esta la razón principal por la cual se ha aplicado el perfil MYMOP2.

El objetivo terapéutico en personas con discapacidad según el perfil MYMOP2 es abordar el problema que más afecta la actividad que le gustaría mejorar, esta condición se verificó al aplicar el formulario de seguimiento que permitió determinar la mejoría en los aspectos que más aquejaban a los pacientes. El uso del perfil MYMOP2 permitió replantear el tratamiento terapéutico para disminuir el problema específico de paciente lo cual indudablemente mejoró su bienestar general y calidad de vida.

6.4 JUSTIFICACIÓN

El diseño de un taller para la implementación del uso del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la Provincia de Cotopaxi se justifica ante la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, quienes requieren terapia específica para aliviar los problemas que más afecta su limitada condición de salud.

Es importante incluir el uso del perfil MYMOP2 en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la Provincia de Cotopaxi porque es una herramienta técnica de fácil aplicación, sensible a cambios y aplicable a cualquier persona en ambientes donde el paciente tiene una amplia variedad de problemas como es el caso de las personas con discapacidad.

Es especialmente útil para la atención del equipo técnico multidisciplinario del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” en la Provincia de Cotopaxi.

6.5 OBJETIVOS

6.5.1 Objetivo General

Implementar el uso del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi.

6.5.2 Objetivos Específicos

- Convocar al equipo técnico del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de cada uno de los cantones de la Provincia de Cotopaxi.
- Capacitar al equipo técnico del área de terapia física y ocupacional sobre el uso y e interpretación del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad en la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi.
- Implementar el uso del del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2

6.6 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

- **Factibilidad Política**

El Ministerio de Inclusión Económica y Social –MIES-, de conformidad con el Art. 87 de la Ley Orgánica de Discapacidades, conjuntamente con los Gobiernos Autónomos Descentralizados, se encarga de la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias, para lo cual articula la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas con entidades públicas y privadas, a nivel central y desconcentrado, con la participación y corresponsabilidad de la familia y la comunidad.

La política pública de protección y promoción social para personas con discapacidad está destinada al máximo desarrollo de su personalidad, fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia; busca además promover el ejercicio de los derechos, orientar y capacitar a las personas y las familias, incentivar la reinserción familiar y excepcionalmente a insertarlas en instituciones de referencia y acogida inclusivos o en hogares sustitutos de protección debidamente calificados por la autoridad competente, de forma temporal o permanente.

Es parte sustancial de la política pública de discapacidades que ejecuta el Ministerio de Inclusión Económica y Social el implementar la prestación de servicios y, establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración e interacción social. (MIES, 2014).

- **Factibilidad Organizativa**

El Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” es un servicio que brinda el Ministerio de Inclusión Económica y Social enfocado a las personas y familias con discapacidad y por lo que se encuentra perfectamente organizado jerárquicamente. Cuenta con una directora y coordinadora que organizan unidades de atención con un promotor de salud responsable para el desarrollo de habilidades individuales, cuidado y fomento de la salud y nutrición de las personas con discapacidad, así como el desarrollo de capacidades familiares y comunitarias para la inclusión de las personas con discapacidad.

Cada unidad de atención está formada por 25 familias a las cuales visitan semanalmente y para quienes se aplica un programa de atención personalizada.

- **Factibilidad Equidad de Género**

Todas las acciones para lograr la igualdad de género deben enmarcarse en el principio de equidad, que exige otorgar a hombres y mujeres igualdad de oportunidades y de trato impulsando acciones estratégicas y operativas de forma transversal orientadas a transformar las políticas y prácticas que generan discriminación en los diferentes ámbitos de la vida; para lo cual el Estado Ecuatoriano garantiza 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. (ASAMBLEA NACIONAL, 2012)

- **Factibilidad Social**

La factibilidad social está dada al incluir a los miembros de las familias de la persona con discapacidad dentro del Programa “Atención en el Hogar y la Comunidad” con el propósito de incrementar su calidad de vida y mejorar la conciencia social, las condiciones de vida de las personas con discapacidad, así como la relación familiar.

- **Factibilidad Técnica**

La presente propuesta cuenta con la factibilidad técnica ya que el Proyecto de “Atención en el Hogar y la Comunidad” dispone de recursos humanos, materiales y pedagógicos Para una óptima atención de las personas con discapacidad constituido por terapeutas físicos, de lenguaje, psicóloga/o, trabajadora/or social y un equipo técnico para el cuidado; así como para elaborar, junto con el equipo técnico de profesionales el programa individual de desarrollo de habilidades y la atención terapéutica para su condición de discapacidad.

Establecer y aplicar las evaluaciones que fueren necesarias para la atención de la condición de discapacidad de las personas que asisten al servicio.

Elaborar plan de intervención en fisioterapia si el caso lo amerita. (MIES, 2014)

6.7 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICO

Taller

Para (CANDELO, C., 2003) “taller es un espacio de construcción colectiva que combina teoría y práctica alrededor de un tema, la principal característica es transferir conocimientos y técnicas a los participantes”; por lo tanto se puede manifestar que un taller son espacios de educación colectiva para dar a conocer información sobre un determinado tema para la adquisición de capacidades y desarrollo de habilidades a fin de mejorar la calidad del servicio que se ofrece por medio de la aplicación de las actividades cortas que se proponen.

Para (CAREAGA y otros ,2006) El taller es un lugar donde se trabaja y se aprende mediante la realización práctica algo, es decir, se aprende haciendo por lo que los conocimientos son adquiridos por medio de la práctica específica relacionada con la formación que se pretende proporcionar a los participantes.

El aprendizaje en pequeños grupos es una metodología activa que permite un aprendizaje constructivista y potenciador a los integrantes quienes se pueden organizarse de varias maneras como pueden ser: sesiones de estudio, intercambio y de reflexión grupal para propender el trabajo en equipo. En un taller los procedimientos, metodología y herramientas se fundamentan en tres ejes. (CANDELO, C., 2003).

- Atención a las necesidades
- Participación que aumenta la motivación individual y la capacidad para aprender haciendo.
- Visualización de las propuestas, discusiones y acuerdos del taller.

Objetivos del taller

Para (ORELLANA, 2012), el objetivo de los talleres es que los participantes adquieran nuevos conocimientos. Aprender significa adquirir información,

comprenderla, memorizarla y llevarla a la práctica. Cuando se aprende se inicia un proceso de cambio que causa resistencia. La resistencia de la persona adulta ante el cambio es menor y se supera cuando el aprendizaje está relacionado con las necesidades personales.

Por esta razón es necesario que los participantes manifiesten su interés personal respecto al taller para orientar los beneficios a adquirir para superar la resistencia al cambio ante la posibilidad de utilizar los conocimientos que se vayan a adquirir en la vida cotidiana; por esta razón es fundamental que el capacitador base los objetivos del taller en las necesidades de los participantes para asegurar el éxito del mismo compartiendo sus objetivos y dosificando la información que se les administra para posibilitar la reflexión y generar nuevas experiencias adaptadas a la velocidad y capacidad de los participantes por medio de dinámicas de trabajo que retroalimenten lo enseñado para propender la toma de decisiones en cuanto a qué y cómo quieren aprender ya que se origina una relación biunívoca donde tanto capacitadores como participantes aprenden. (ORELLANA, 2012)

Características

El taller pretende generar respuestas a preguntas planteadas la realización de los trabajos dados con la participación y opinión de los participantes a fin de estimular la toma de decisiones colectiva.

(CAREAGA y otros, 2006) manifiesta que una característica fundamental del taller es promover el desarrollo de varios saberes: cognitivo, operativo, relacional: saber escuchar, planificar con otros, consensuar las opiniones de los demás, aprender a coordinar, tomar decisiones de forma colectiva, resumir y diferenciar entre información relevante y no relevante; por todo ello, el taller se transforma en un método de aprendizaje muy relevante para generar competencias profesionales ya que está basado en la experiencia de los participantes; constituye una práctica integradora donde convergen la educación, los procesos intelectuales, afectivos y la vida; se centra en la resolución de problemas e intereses comunes de los

participantes; implica una participación activa de todo el grupo y aplica varias técnicas con el propósito de generar discusión en grupo.

Planificación

Según (CANO, 2012), para planificar se tomará en cuenta los siguientes elementos.

1) Objetivos:

¿Qué se busca con el taller?. Es importante tener claros los objetivos que se propone alcanzar con el taller, por un lado para poder ver qué cosas puede dar el taller y que cosas no; y por otro para luego poder evaluar y valorar el taller en el marco de la totalidad del proceso.

2) Participantes

¿A quién va dirigido?. Es importante conocer las características de los participantes (edad, género, si se conocen, si comparten actividad en común, trabajo). En cuanto al número de personas para realizar un taller, el número de participantes adecuado dependerá también de los objetivos del taller.

3) Contenidos

¿Cómo hacemos el taller?. En función de los objetivos que se persigue con el taller, los contenidos que se quiere trabajar en él y las características de los participantes, se analiza la estrategia del abordaje de los contenidos, la secuencia lógica de su tratamiento, los tiempos de cada tema, y las técnicas específicas que se utilizará: dinámicas de caldeamiento y presentación, técnicas dramáticas, técnicas participativas para la evaluación o el diagnóstico.

Asimismo, se debe analizar cuidadosamente el tiempo disponible. Un taller es por definición un espacio en que se trabaja con intensidad en torno a un tema, por lo que la cantidad de contenidos no debe ser excesiva.

Al planificar el tratamiento de los contenidos, es importante tener en cuenta un aspecto fundamental: la propuesta debe ser agradable. Se debe procurar pasar un buen momento, disfrutar, gozar, sin detrimento de la importancia o dificultad de las cuestiones que se trabajen.

4) Recursos

¿Qué cosas necesitamos para realizar el taller?. En la planificación de los recursos se incluye todo lo necesario según la actividad planificada: desde el lugar, hasta los recursos materiales, tecnológicos, económicos y humanos.

De la misma manera es necesario conocer previamente el lugar dónde se realizará el taller, el espacio, las condiciones de iluminación y acústica, si existen o no instalaciones eléctricas y su distribución, si podemos utilizar el salón en todo el horario previsto, etcétera.

5) Responsables y roles

Dentro del equipo de coordinación es importante definir quién se hace responsable de qué tareas. Esto refiere por una parte al punto anterior: es necesario planificar quién queda responsable de traer cada una de las cosas necesarias para el taller, de modo de evitar la frecuente situación en la que nadie sabe quién trae qué cosa y a la hora de iniciar el taller falta el reproductor de música y hay por ejemplo cuatro cintas adhesivas.

Por otra parte también es importante distribuir previamente los roles a desempeñar durante el taller, definiendo quién será el coordinador, quién tendrá a cargo el registro, quién coordinará una técnica en específico, etcétera.

6) El tiempo

El tiempo adecuado de duración de un taller también es variable, según los objetivos del taller y las características de los participantes. Es difícil que los grupos mantengan la concentración y la atención durante más de una hora y media. Luego de ese tiempo, a veces es contraproducente seguir trabajando, salvo que se trate de grupos muy consolidados y consustanciados con la tarea. En cualquier caso, si se va a trabajar más de una hora y media, conviene hacer un pequeño recreo en el medio.

Momentos de un taller:

El taller comienza antes del taller. Esto es, el taller no comienza en el momento en que se reúne el grupo convocado, sino que el primer momento es ya la planificación del mismo. CANO (2012)

El taller incluye tres momentos plenamente diferenciados: planificación, desarrollo y evaluación.

1) Planificación: Se refiere a ejecutar todo lo señalado anteriormente, posteriormente se debe añadir la convocatoria, la invitación a los participantes, por lo que es importante incluir información clara sobre el “para qué” se convoca.

2) Desarrollo: Se refiere a los temas que se va a tratar en el taller. El desarrollo del taller tiene a su vez tres momentos:

a) Apertura: Si los integrantes del taller no se conocen es bueno comenzar dedicando un tiempo a la presentación, utilizando eventualmente técnicas específicas para ello.

Cada integrante llega al taller con un conjunto de ideas previas y fantasías respecto a lo que allí se trabajará, por lo tanto, es importante comenzar por poner

en común las expectativas de cada uno respecto al taller y realizar una nivelación de expectativas en función de los objetivos que el taller tiene, planteando qué cosas se van a trabajar y cuales no se van a abordar en el taller.

Al inicio del taller se debe plantear cuanto tiempo se va a trabajar y ese tiempo debe ser respetado, en caso en que se fuera a utilizar más o menos tiempo del previsto, esto debe ser acordado por los participantes.

b) Desarrollo: el desarrollo con flexibilidad y creatividad de las tareas planificadas.

c) Cierre: El cierre de la actividad es un momento importante en sí mismo, y además es el momento en que se realiza la evaluación del taller. Para esto es importante no sobrecargar un taller con muchas cosas al punto de poner en riesgo que todo pueda ser trabajado.

3) Evaluación: Refiere al análisis y reflexión de lo producido en el taller. La consideración de lo que vimos, pensamos y sentimos en torno a lo que sucedió en el taller. La evaluación abarca tanto lo producido-creado en el taller, así como los aspectos referentes a cómo nos sentimos durante el mismo.

La evaluación del taller tiene dos niveles. El primero consiste en generar un espacio para que cada integrante exprese cómo se sintió, qué piensa de cómo se trabajó, cómo evalúa la actividad, que cosas le gustaron y cuáles no, que cosas cambiaría y que propuestas haría. CANO (2012).

El segundo nivel es la evaluación que lo realizará el equipo coordinador sobre lo específico de su rol, sobre el proceso grupal, el cumplimiento de las tareas acordadas, la evaluación de lo que se produjo en relación a los objetivos que se habían trazado en la planificación. CANO (2012).

Cabe señalar que, en cualquiera de los dos niveles mencionados, es posible aplicar distintas técnicas para realizar la evaluación con el propósito de documentarla y finalmente convertirla en material de aprendizaje. CANO (2012).

Programa Atención en el Hogar y la Comunidad el Ministerio de Inclusión Económica y Social

Es un servicio orientado a las personas con discapacidad, quienes por su grado de discapacidad-intelectual, física y/o sensorial así como por su ubicación geográfica, no pueden acceder a los servicios de atención diurna u otros servicios.

Se encuentra organizado a través del trabajo con profesionales en el área de educación especial, psicopedagogía, trabajo social y otras afines orientadas a la atención de personas con discapacidad que son las/os técnicas/os encargados de hacer dos visitas domiciliarias al mes por el tiempo de dos horas. En este tiempo desarrollará actividades planificadas para el desarrollo de las habilidades de las personas con discapacidad, además proporcionará a las familias, o a quienes estén a cargo de su cuidado, información práctica y técnicas simplificadas para la atención a la persona con discapacidad, promoviendo así su inclusión, la de su familia y comunidad.

Una unidad de atención está conformada por una/un coordinadora/or que tiene bajo su responsabilidad a 10 técnicas/os. Cada técnica/o será responsable de la atención a 25 familias.

Objetivos específicos de la prestación de servicios

- a. Desarrollar las habilidades de las personas con discapacidad respetando sus características individuales y su condición de discapacidad con una visión integral de la persona, su familia y la comunidad, favoreciendo su inclusión en el medio familiar y posteriormente en los diferentes ámbitos sociales.

- b. Fortalecer las capacidades familiares para lograr la autonomía de la persona con discapacidad, participación activa en las dinámicas familiares y en el medio donde se desarrolla.
- c. Desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras, sean éstas afectivas, de movilidad o físicas, que promuevan la protección y defensa de los derechos de las personas con discapacidad así como su participación activa dentro de las actividades de su comunidad.

Tipo de prestadores de servicios

Los servicios de atención integral a personas con discapacidad se ejecutan a través de los siguientes tipos de prestadores de servicios:

- Servicios de administración directa del Ministerio de Inclusión Económica y Social – MIES;
- Servicios de prestación por convenio con organizaciones sociales, Gobiernos Autónomos Descentralizados y organizaciones religiosas;
- Servicios públicos y privados sin financiamiento del MIES.

Población objetivo

Son usuarias/os de los servicios las personas con discapacidad física, intelectual y sensorial leve, moderada o severa que necesitan la habilitación y desarrollo de sus habilidades en las áreas socio-afectiva, física, intelectual y del lenguaje. En el caso de niñas/os y adolescentes en edad escolar, cuando sea un requerimiento institucional o haya interés por parte de la madre, padre o representante legal, se establecerá coordinación con la autoridad encargada de la educación en el país para la asistencia técnica o para generar procesos de transición a los servicios de educación especial que forman parte de la educación general básica.

En el caso de los servicios de administración directa y por convenio financiados por el MIES, son usuarias las personas con discapacidad en condición de pobreza

y pobreza extrema, priorizando a las/os beneficiarias/os de pensiones no contributivas.

Estándares de calidad

Los estándares están organizados en los siguientes componentes:

1. Participación familiar, comunidad y redes sociales;
2. Salud y nutrición;
3. Proceso socioeducativo;
4. Talento humano;
5. Infraestructura, ambientes educativos y protectores;
6. Administración y gestión.

MYMOP2

El Perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 es una medida específica y de fácil aplicación que genera el síntoma que más aqueja al paciente para abordarlo, de la misma manera identifica la actividad que más le gustaría realizar y que no puede hacerlo debido al síntoma que señala.

Este perfil fue publicado inicialmente en 1996 y tuvo su validación en el año de 1999, siendo desde entonces utilizado con éxito para evaluar resultados del paciente luego de haberse realizado ajustes clínicos dentro de los temas de acupuntura, masoterapia, terapia física y quiropráctica.

Existen muchos estudios que han evaluado la actividad de la atención terapéutica sobre la salud del paciente y su estado general. El MYMOP2 proporciona a los profesionales de la terapia física una alternativa para incorporarla dentro de la planificación terapéutica debido a su brevedad.

Dentro de los estudios comparativos realizados, se destaca la validez concurrente del MYMOP2 al apoyar la capacidad de detectar los diferentes cambios en relación con la condición inicial del paciente en condiciones agudas y crónicas, puesto que responde a cambios en los síntomas a pesar de ser breve por lo que es fiable y válido. (BRADLEY, C., 2000)

Para utilizar el MYMOP2 de una manera significativa, se debe mirar no sólo el cambio de perfil MYMOP inicial, sino también el cambio de los elementos individuales como son los síntomas, la actividad, y las puntuaciones bienestar general. (FRAMEWORK, 2012).

MYMOP2 es una medida específica del problema generado por el paciente que permite seleccionar los problemas más importantes a los que quieren abordar. Mediante el uso de la MYMOP2 no sólo están dando cuenta de la eficacia de su tratamiento, pero también se está actuando de una manera centrada en el paciente frente a los temas que son más importantes para su paciente y que les permite establecer sus propias metas de tratamiento

Interpretación de resultados

Los valores normativos no son significativos para esta medida, ya que es individual para cada paciente. Lo que interesa es el cambio de esos resultados de la forma inicial al formulario de seguimiento. Es necesario aplicar el formulario de seguimiento en cada paciente en forma individual.

Para determinar si se ha producido algún cambio significativo en las puntuaciones de más de 1. A mayor puntuación, peor es (recuerde, 6 = tan malo como puede ser). Por lo tanto, cualquier cambio de 1 o más que ha visto una mayor puntuación en el perfil de pregunta / MYMOP en el seguimiento representa un empeoramiento. Cualquier cambio que reduce la puntuación en un perfil de pregunta / MYMOP por 1 o más representa una mejora.

También es necesario considerar la información de la medicación, ¿ha cambiado el paciente su medicación? Lógicamente, una disminución representaría un buen cambio y un aumento recomendaría un mal cambio. Es necesario recalcar sin embargo que los cambios en los medicamentos pueden ser por razones distintas de la línea de acción/intervención que ha tomado (de hecho, un aumento de la medicación puede ser la razón de mejora), por lo que esta sección debe interpretarse con cautela.

6.8 METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO

Tabla N° 18: Metodología

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS	TIEMPO
INFORMACIÓN	Socializar al equipo terapéutico y ocupacional que labora en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi” sobre los resultados del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2	Convocar a la Coordinadora del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi y equipo técnico del área de terapia física y ocupacional	Investigador Coordinadora de Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi	Equipo técnico informado	45 minutos
CONCIENTIZACIÓN	Capacitar al equipo técnico del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi el uso e interpretación del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2.	Taller demostrativo del uso e interpretación del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2.	Investigador Coordinadora de Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi	Equipo técnico capacitado en el uso e interpretación del MYMOP2	1 hora
EJECUCIÓN	Implementar el uso del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas discapacitadas beneficiarias del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi	Entrega del perfil MYMOP2 al equipo técnico para que llenen.	Investigador	Replanificación del tratamiento terapéutico a abordar	10 minutos
EVALUACIÓN	Evaluar la ejecución de la propuesta	Compartir experiencias adquiridas al replanificar el tratamiento terapéutico a partir de los resultados del MYMOP2	Coordinadora de Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi	Trimestralmente	1 hora

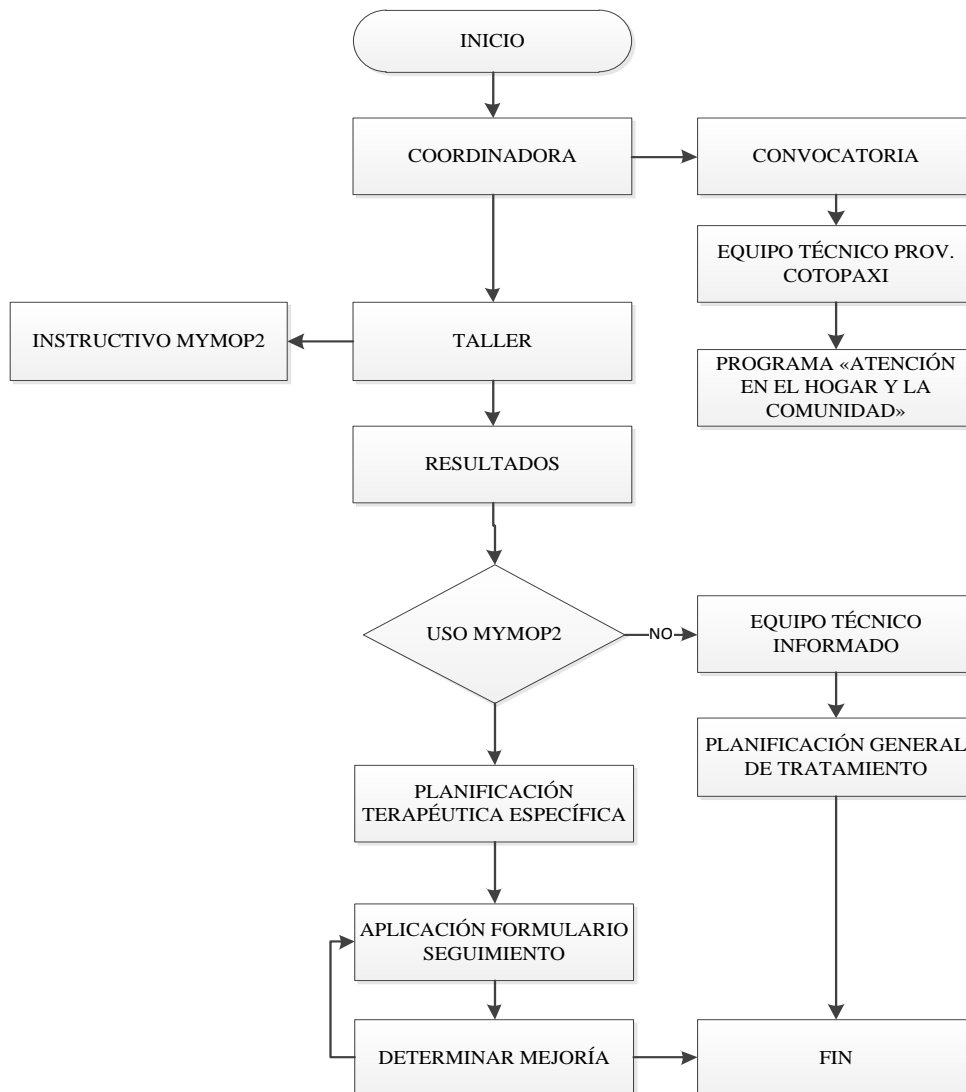
Elaborado por: Dario Calles

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

FASE INFORMATIVA

En esta fase, es necesario socializar al equipo terapéutico y ocupacional que labora en el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi” sobre los resultados del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2, para lo cual se seguirá los siguientes pasos:

Gráfico N° 19: Fase informativa



Elaborado por: Dario Calles

FASE DE CONCIENTIZACIÓN

Capacitar al equipo técnico del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi el uso e interpretación del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2, siguiendo el siguiente temario

TEMÁTICA

Implementación del uso del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad beneficiarias del Proyecto Atención en el Hogar y la Comunidad en la Provincia de Cotopaxi

El taller está dirigido al equipo Técnico de cada cantón de la Provincia de Cotopaxi a cargo del Proyecto Atención en el Hogar y la Comunidad

Programación:

El taller se efectuará:

FECHA			RESPONSABLE
Lunes	6 de Abril	2015	Investigador
LUGAR			Sala auditorio MIESS

Elaboración: Dario Calles

Para el desarrollo del taller se cuenta con el salón auditorio del MIESS el cual es espacioso y se encuentra perfectamente equipado para la realización de eventos de capacitación.

Tiempo de ejecución:

El taller se ejecutará en 1 hora.

Desarrollo de la Agenda

Introducción

Lo realizará el investigador resaltando la importancia que tiene la aplicación del perfil MYMOP2 en personas con discapacidad beneficiarias de los proyectos Atención en el Hogar y la Comunidad de la provincia de Cotopaxi a fin de evaluar los síntomas que más aquejan para de esta manera planificar y posteriormente aplicar un tratamiento adecuado y específico enfocado a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Desarrollo:

Para el desarrollo del taller se utilizarán varios materiales como: proyector, diapositivas en power point que contendrá información de los resultados obtenidos de la aplicación del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad beneficiarias del Proyecto Atención en el Hogar y la Comunidad del Cantón Salcedo.

Tema:

Los temas a tratarse en el taller que se efectuará desde las 9:00 a 11:30 horas, son:

1. Presentación de los resultados de la evaluación con el perfil MYMOP2 realizado a las personas con discapacidad de la muestra del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” del Cantón Salcedo
2. Determinar las Fortalezas y Debilidades del uso del perfil MYMOP2
3. Señalar Objetivos
4. Procedimientos de aplicación
5. Interpretación de resultados
6. Discusión

Continuando con el desarrollo del Taller se destacarán los 3 elementos relacionadas con el perfil MYMOP2 que son:

- Síntoma 1 y Síntoma 2
- Actividad
- Bienestar general

Siguiendo la secuencia de la agenda se procede a:

Una vez realizado el análisis del Perfil MYMOP2, el equipo Técnico multidisciplinario del Proyecto Atención en el Hogar y la Comunidad de la Provincia de Cotopaxi proceden a realizar un prueba piloto de llenado e interpretación de resultados a fin de adiestrarlos en el uso.

Luego se indica la como llenar el formulario de seguimiento del perfil MYMOP2 inicial para determinar la mejoría con relación al síntoma que más aqueja al paciente con discapacidad.

Se abrirá un espacio para la discusión sobre la planificación terapéutica a seguir abordando el síntoma que más afecta el bienestar general de las personas con discapacidad a fin de ayudarlos a mejorar su calidad de vida.

Conclusiones:

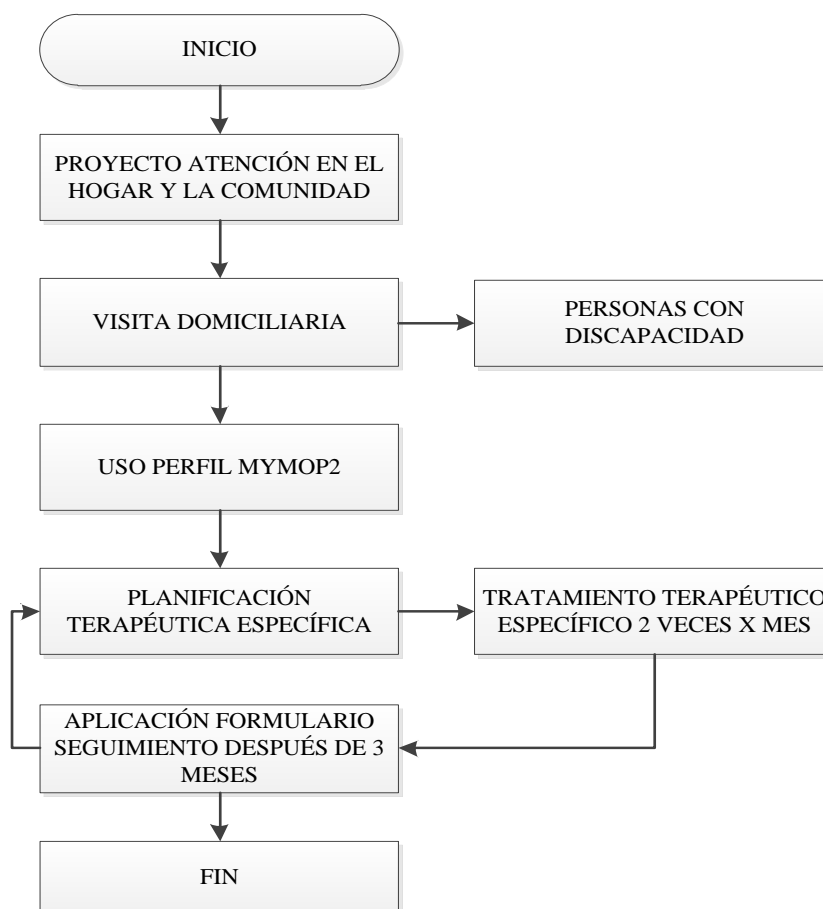
El investigador) hará una reseña del tema y puntualizará la importancia de implementar el uso del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas con discapacidad beneficiarias del Proyecto Atención en el Hogar y la Comunidad en la Provincia de Cotopaxi.

Estas conclusiones se realizarán en un tiempo máximo de 10 minutos.

FASE DE EJECUCIÓN

Implementar el uso del Perfil de Desenlaces de Salud Autoevaluados MYMOP2 en personas discapacitadas beneficiarias del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi

Gráfico N° 20: Fase de Ejecución



Elaborado por: Dario Calles

El uso del perfil MYMOP2 se lo realizará en todas los cantones de la Provincia de Cotopaxi donde se desarrolla el Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”. Implementado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIESS con el propósito de fortalecer las capacidades residuales personales para lograr la autonomía de la persona con discapacidad, participación activa en las dinámicas familiares y en el medio donde se desarrolla.

6.9 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta estará administrada por la Coordinadora del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi, quien impulsará la utilización del perfil de desenlaces de salud autoevaluados MYMOP2 en cada uno de los cantones de la Provincia de Cotopaxi.

6.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Tabla N° 19: Previsión de la evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Quiénes solicitan evaluar?	Equipo técnico del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad”
2. ¿Por qué evaluar?	Porque es necesario mejorar la condición de vida de los pacientes con discapacidad
3. ¿Para qué evaluar?	Para dar un valor predictivo de la calidad de vida de las personas con discapacidad para mejorar la planificación terapéutica física abordando el síntoma que más aqueja a cada uno de los pacientes de manera individual
4. ¿Qué evaluar?	Calidad de vida
5. ¿Quién evalúa?	Coordinadora del Proyecto “Atención en el Hogar y la Comunidad” de la Provincia de Cotopaxi.
6. ¿Cuándo evaluar?	Abril 2015
7. ¿Cómo evaluar?	Mediante una metodología activa que permita tomar decisiones.
8. ¿Con que evaluar?	Elaboración de encuestas y cuestionarios Informe

Elaboración: Dario Calles

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Amat, J. (2000). *El Control de Gestión*. Barcelona: Barcelona.
- Anastasi, A. (2006). *Los tests psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- Arrellano, I. (2009). *Planificación Financiera*. Caracas: Grupo Océano.
- Asamblea Nacional. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito.
- Benjamín, E. (2010). *Comportamiento organizacional para América Latina*. México: Pearson Educación México.
- Bradley, C. (2000). Cuestionario de Bienestar: orígenes, el estado actual de desarrollo y la disponibilidad. Cuidado de la diabetes. *Diacare*.
- Brealey, R. y. (1994). *Fundamento de Financiación Empresarial. Tercera Parte*. México,: Editorial McGraw Hill.
- Brigman, E. (2005). *Fundamentos de Administración Financiera*. España: Cengage Learning.
- Brown, G. (2000). *Principios de la medición en psicología y educación*. México.
- Burbano, Jorge & ORTIZ, Alberto. (1995). *Presupuestos*. Hill, Santa Fe de Bogotá: Mc Grau S.S.
- Burbano, R. (2005). *Enfoque de gestión, planeación y control de recursos*. Bogotá: Tercera Edición.
- Cervantes, J. (25 de Abril de 2012). Actualidad. *Periódico HOY*.
- Corredor, J. (2004). *La Planificación. Nuevos Enfoques y Proposiciones para su Aplicación en el Siglo XXI*. . Venezuela.: Editorial Arte. Venezuela.
- Del Río, C. (2000). *El presupuesto*. México: Ediciones Contables y Administrativas Fiscales.
- Díaz, F. (2010). *Técnicas de Elaboración de Tesis*. Ambato.
- Dieguez, A. (2000). *Planificación Financiera en la práctica Empresarial*. Bogotá: Pirámide.
- Dumrauf, G. (2003.). *Guía de Finanzas*. Argentina: Grupo Guía S.A.
- Enable. (2010). *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Escribano, G. (2008). *Gestión Financiera*. Paraninfo.

- Gálvez, D. (1999). *Contabilidad de gestión presupuestaria*. Barcelona: Grupo océano editorial S.A.
- Gálvez, G. (1983). *Contabilidad Administrativa*. Mexico: South Western Publishing CO.
- Gilbert, A. (2001). *Biblioteca Terapéutica de Gilbert y Carnot*. Barcelona: Salvat.
- Giné, Cl. (2004). *Servicios y calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual, en Siglo Cero*.
- Gobierno Provincial de Tungurahua. (2010). *agenda de Productividad y Competitividad de Tungurahua*.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba: Brujas.
- Hall R, H. (1998). *Organizaciones*. México: Prentice-Hall.
- Hernández, S. y otros. (2011). *Validez y Confiabilidad*.
- Herrera, Beethoven. (2005). Bogotá: Uni. Nacional de Colombia.
- Herrera, L. y otros. (2008). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato: Empresdane.
- Horngren, C. & otros. (2000). *Introducción a la Contabilidad Financiera*. México: Pearson Educación.
- Horngren, C. (2000). *Introducción a la contabilidad Administrativa*. Madrid: Pearson educación S.A.
- Huter-Becker, A. (2003). *Fisioterapia. Descripción de las técnicas y tratamientos*. Madrid: Paidotribo.
- INEC. (2011). *Anuario de Nacimientos y Defunciones*. Quito: INEC.
- INEN. (2010). *Población por condición de discapacidad según provincia, cantón, parroquia y área de empadronamiento*. Quito: INEN.
- Johnson y Gentry, F. &. (1998). *“Principles of accounting”*. México: , Prentice Hall, 7° edic.
- Juan, A., & Prieto, M. (1997). *Contabilidad de costos gestión y control presupuestario*. España: Cultural Ediciones.
- Kaffury, M. (2004). *Administración Financiera*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

- Koontz, H. (2008). *Administración una perspectiva global y empresarial*. México: McGraw Hill.
- Lawrence, D. (2013). *Administración Financiera*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- León, O. (2011). *Tomar decisiones difíciles*. Madrid: McGraw Hill.
- Meigs, R. (2000). *La base para las decisiones gerenciales*. Bogotá: Quebecor world S.A.
- Méndez, J. (2013). *Hacia el infinito*. Nueva York.
- Menéndez, A. (2008). *Confiabilidad*. México.
- Messick, S. (2005). *Normas de validez y la vigencia de las normas en evaluación del desempeño*. Barcelona.
- Ministerio de Coordinación. (2011). *Agenda para la Transformación Productiva Territorial de la Provincia de Tungurahua*. Quito.
- Montero, T. (2004). *La Contabilidad Financiera*. Perú: Deusto.
- Moody, P. (1991). *Toma de decisiones gerenciales*. Hill: Mc Graw.
- Mott, G. (1997). *Contabilidad Administrativa*. Madrid: Marcombo S.A.
- Muñiz, J. (2006). *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Muñiz, J. (2008). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Murdicck, R. (2001). *Sistemas de Información Administrativa*. México: Prentice-Hall.
- Nunnally, J. (2005). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw Hill.
- Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle central de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Perdomo, A. (2002). *Elementos básico de la Administración Financiera*. Madrid: Cengage Learning.
- Pereiro, J. (2005). *La contabilidad en la toma de decisiones*. Madrid: Edipe.
- Pérez, C. (2003). *Gestión Financiera de la empresa*. España: Pirámide.
- Pommier, J. (1993). *Presupuestos empresariales y Fiscales*. Bolivia: Arol.
- Quintero P, J. (2009). *Planificación Financiera en Contribuciones a la Economía*.
- Rincón Soto, C. A. (2011). *Preparación de presupuesto y gestión financiera*. Bogotá: Ecoe.

- Rodríguez, M. (1983). *Contabilidad de Gestión y presupuestos* . Barcelona: South Western publishing Co.
- Sallenave, J. (1995). *La Gerencia Integral*. Bogotá: Norma S.A.
- Sánchez, R. (2004). *Validación de Escalas de Medición en Salud*. Revista de Salud Pública.
- Schalock, R. (2003). *Calidad de vida, Manual para profesionales de la educación , salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Soto, M. (2009). *Planificación Financiera*. MCGrawHill.
- Stephen. (1996). *Experimentando las Organizaciones*. SAGE.
- Tungurahua, C. d. (2008). *Estudio Sectores Textil-Confección, Cuero y Calzado y Metalmeccánico Carrocero de Tungurahua*. Ambato.
- Van, J. (2009). *Finanzas en Administración* . Santiago de Chile: Gareth Janes.
- Vásquez, D. (2010). *Contabilidad Administrativa*. Atlantic University.
- Velasco, J. (1998). *Introducción a la gestión Financiera*. Medellín: Quebecor World.
- Verdugo, M. (2006). *La calidad de vida y su medida: principios y directrices*.
- Verdugo, M. y otros. (2009). *Manual de aplicación de la Escala GENCAT, Calidad de Vida*. Barcelona: INDICA.
- Vérgez, C. (2011). *La experiencia de los presupuestos participativos*. Bogotá: Dykinson.
- Welsch, G. (2005). *Planificación y Control*. Pearson Educación .

LINKOGRAFÍA

- Aguilar, E. (2007). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Recuperado el 3 de Abril de 2014, de Proceso de control y mejoramiento de la salud pública. Diez primeras causas de morbilidad y provincia. EPI: <http://msp.gov.ec>
- Arias, J. (2013). *Confiabilidad y Validez para evaluar los instrumentos de medición*. Recuperado el 2 de Julio de 2014, de <https://docs.google.com/document/d/10ECoSNkohHF50qE1s1axrujaDawaNPyG2iv677tCKJs/edit?pli=1>
- Candelo, C. (2003). *Hacer Talleres*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://es.slideshare.net/camccesar/como-hacer-talleres-guia-prctica-para-capacitadores>
- Cazar, R. (s.f.). *Breve análisis de la situación de las discapacidades*. Recuperado el Junio de 2014, de http://icevi.org/latin-america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_h tm#PROYECCIONES DE TRABAJO PARA EL AÑO 2001
- Chan, M. y otros. (2011). *Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial*. Recuperado el 12 de Mayo de 2014, de Resumen del Informe Mundial sobre la Discapacidad: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- Chávez, A., (2010). *¿Qué es un paradigma?* Recuperado el Mayo de 2014, de <http://comenio.files.wordpress.com/2007/08/paradigma.pdf>
- CONADIS. (2008). *Reglamento General a la Ley de Discapacidades*. Recuperado el 10 de Junio de 2014, de <http://www.conadis.gov.ec/legislacion/ley.html>
- Constitución del Ecuador. (2008). *Derecho Ecuador*. Recuperado el 10 de Junio de 2014, de <http://www.derechoecuador.com/Files/images/Documentos/Constitucion-2008.pdf>
- CREI. (s.f.). *Centro de Rehabilitación y Educación Integral*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de <http://www.crei.com.mx/nuestros-programas/terapia-fisica.html>

- Cura, A. (2007). *Psicometría*. Recuperado el 25 de Junio de 2014, de GestioPolis: <http://www.gestiopolis.com/canales8/rrhh/psicometria-como-ciencia-del-compotamiento-y-los-recursos-humanos.htm>
- Daft, R. (2004.). *Administración*. Argentina: Editorial Thomson.
- Defaz, B. (2013). *e-Análisis*. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
- Fernández De Brito y otros. (2013). *Tesis indexadas*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de Adaptación cultural y reproductibilidad de un cuestionario MYMOP2 en pacientes pos cirugía cardiaca en Brasil.: www.ibrati.org/sei/docs/tese_425.doc
- Framework. (2012). *Framework para medidas de impacto*. Recuperado el 4 de Marzo de 2015, de MYMOP2: <http://www.measuringimpact.org/s4-mymop2>
- García, F. (2014). *Uso de la medida del perfil de resultados médicos (MYMOP2) para evaluar el tratamiento de acupuntura*. Recuperado el 5 de Febrero de 2015, de WONCA Europa: <http://www.woncaeurope.org/content/or177-use-measure-your-medical-outcome-profile-mymop2-outcomes-measures-evaluate-acupunctu-0>
- Generalidades sobre el Presupuesto*. (s.f.). Obtenido de http://www.uv.mx/personal/alsalas/files/2013/02/PRESUPUESTOS-I_II.pdf.
- Gómez, G. (2008). *Biología y Salud*. Recuperado el 12 de Junio de 2014, de Evaluación funcional: <http://www.biopsicologia.net/Nivel-5-Discapacidad/2.2.04.04.-Evaluacion-funcional.html>
- González, U. (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las Ciencias de la Salud*. Recuperado el 24 de Mayo de 2014, de Revista Cubana de Salud Pública: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu06202.htm
- <http://www.measuringimpact.org/home>. (s.f.).
- Iglesias, O. (2012). *EFdeportes*. Recuperado el 05 de Junio de 2014, de Los test como instrumentos de medición indirectos en Cultura Física y Deportes:

- <http://www.efdeportes.com/efd184/instrumentos-de-medicion-indirectos-en-deporte.htm>
- Importancia de la Contabilidad, c. i. (Septiembre de 2011). <http://contabilidadgerencialosuna.blogspot.com/2011/09/importancia-de-la-contabilidad.html>. Recuperado el 15 de Octubre de 2013
- INEC. (2013). *e-Análisis*. Recuperado el 8 de Abril de 2014, de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
- MIES. (2014). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Recuperado el 3 de Marzo de 2015, de Servicios y programas. Norma Técnica de Discapacidades: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Norma-Tecnica-discapacidades-24-02-14.pdf>
- Mooney, L. y otros. (2012). *Instituto de Terapia Física y Ciencias Aplicadas de la Salud*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de <http://physicaltherapyconference.files.wordpress.com/2012/05/pp-what-are-the-benefits-of-using-mymop2.pdf>
- Muntaner, J. y otros. (2003). *Estándares e indicadores para analizar la calidad de vida del alumnado con discapacidad en su proceso educativo*. Recuperado el 8 de Junio de 2014, de <http://pape.uib.es/sites/default/files/Calidad%20de%20vida.pdf>
- Muñiz, J. y otros. (1996). *Directrices para la traducción y adaptación de los test*. Recuperado el 5 de Febrero de 2015, de Papeles del Psicólogo: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737>
- Nmahp Ru, U. d. (2012). *Formularios de Medición*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de <http://www.measuringimpact.org/s4-mymop2>
- OMS. (2013). *Centro de Noticias de la ONU*. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=23458#.UVBk4oY9pg0>.
- Renapred. (Abril de 2014). *Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/04/Mes-discapacidad.pdf>

- SENPLADES. (2013). Recuperado el 8 de Abril de 2014, de Objetivos para el buen vivir: <http://plan.senplades.gob.ec/fundamento3>
- UPC. (s.f). *Universidades Politécnicas, Discapacidades y Empleo*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de Concepto de minusvalías según la OMS: <http://www.upc.edu/ude/particulares/informacion/informacion-generica-sobre-discapacidad/el-concepto-de-minusvalia-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud>
- Walsh, M. y otros. (2011). *Quiropráctica. Manuales de Terapia*. Recuperado el 11 de Junio de 2014, de http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=/search%3Fq%3DMYMOP2%26hl%3Des%26biw%3D1139%26bih%3D575&rurl=translate.google.com.ec&sl=en&u=http://www.chiromt.com/content/19/1/7&usg=ALkJrhiRnZUbrHBy5WjJmb_vA_atTTWGjw#

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

PROQUEST: Hourigan, Patrick.; Clarke, Andrew; Whitehouse, Sarah L.; Challinor, Helen M. (2014). *Measure Your Own Medical Outcome Profile (MYMOP): Validation of a Patient Generated Outcome Questionnaire by Comparison to the Roland Morris D. (RMDQ): Spine Journal. USA. Vol. 14.*

EBRARY: Velarde Jurado, Elizabeth., (2006). *Evaluación de la calidad de vida: Red Salud Pública de México. México.*

ELIBRO: Higginson, Irene J.; Carr, Alison J.; Robinson, Peter G. (2002). *Quality of life: BMJ Books. London.*

EBRARY: Walters, Stephen J. (2009). *Quality of Life Outcomes in Clinical Trials and Health-Care Evaluation A Practical Guide to Analysis and interpretation: John Wiley & Sons. USA.*

EBRARY: Knight, P T. (2008). *Small-Scale Research: SAGE Publications. N.Y.*

ANEXOS

Anexo N°1

MYMOP 2

NOMBRES COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

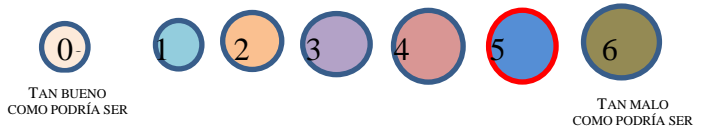
FECHA PROFESIONAL QUE REALIZÓ VISITA

1. Elija uno o dos síntomas (físico o mental) que le moleste más. Escríbalas en las líneas.

Que tan malo es el síntoma, durante la última semana, y escoja un círculo que sea de su elección.

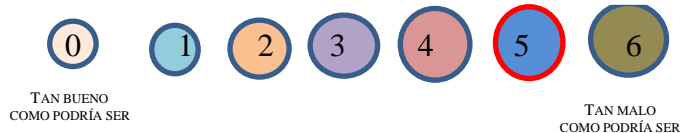
SÍNTOMA 1

.....



SÍNTOMA 1

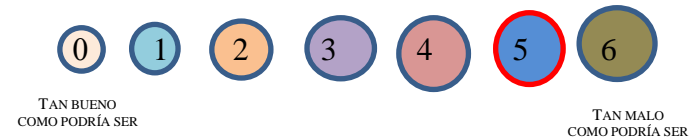
.....



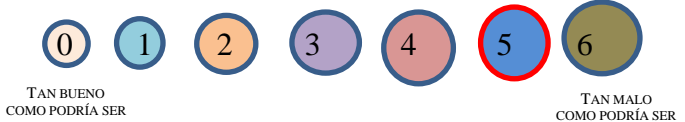
2. Ahora escoja una actividad (física o mental) eso es importante para usted, y que su problema hace difícil o impide que hacer .Puntuación de lo mal que ha estado en la última semana.

Actividad

.....



3. Por ultimo como califica usted la sensación de bienestar general durante la última semana.



Por cuanto tiempo tiene los síntomas 1, o bien todo el tiempo de manera intermitente. Subraye

0 – 4 SEMANAS 4 – 12 SEMANAS 3 MESES – 1 AÑO 1 – 5 AÑOS MAS DE 5 AÑOS

Está tomando algún medicamento PARA ESTE PROBLEMA? Circulo por favor. SI / NO

Si es SI.

Por favor escriba el nombre del medicamento, y la cantidad que toma en un día.

.....

Está disminuyendo la dosis de este medicamento. Subraye.

SIN IMPORTANCIA UN POCO IMPORTANTE MUY IMPORTANTE NO LO HACE

SI es NO

Evita la medicación para este problema.

SIN IMPORTANCIA UN POCO IMPORTANTE MUY IMPORTANTE NO LO HACE

Anexo N°2 MYMOP2 SEGUIMIENTO

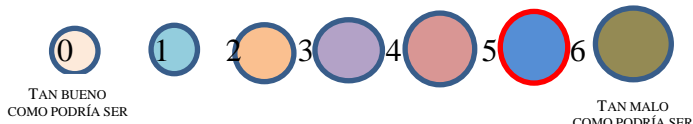
Nombre completo..... fecha de hoy.....

Por favor marque un número para mostrar la gravedad de su problema ha sido en la última semana.

Esta debe ser su opinión, nadie de los demás:

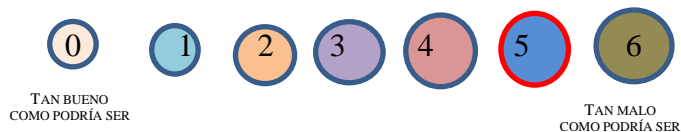
SÍNTOMA 1

.....



SÍNTOMA 1

.....



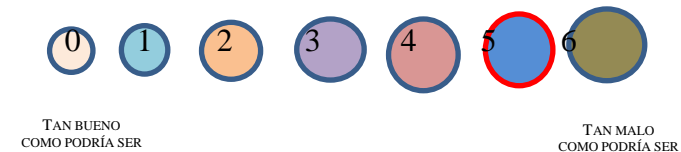
ACTIVIDAD

.....



BIENESTAR

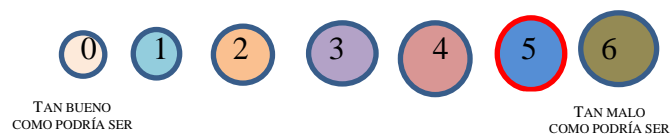
¿Cómo calificaría su sensación general de bienestar?



Si ha aparecido un nuevo e importante síntoma favor describirlo y marcarlo. De lo contrario no utilice esta línea.

SÍNTOMA 3

.....



El tratamiento que recibe no puede ser la única cosa que afecta su problema. Si hay algo más que usted piensa que es importante, como los cambios que ha hecho a sí mismo, u otras cosas que suceden en su vida, por favor escríbalo aquí (escribir al dorso si necesita más espacio)

¿Está tomando medicamentos para este problema? Por favor círculo: SI / NO
En caso afirmativo:

Por favor escriba el nombre del medicamento y la cantidad de un día /semana
.....
.....

Anexo N°3

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)					
Número de identificación: :			Día	Mes	Año
Nombre :		Fecha de aplicación			
Apellidos :		Fecha de nacimiento			
Género	Varón		Mujer		Edad cronológica
Dirección :		Lengua hablada en casa :			
Localidad/Provincia/CP:					
Teléfono:		Colectivo:			
Servicio:					

Datos de la persona informante		
Nombre de la persona que completa el cuestionario		
Puesto de trabajo		
Agencia/Afiliación		Lengua hablada en casa
Dirección		
Correo electrónico		Teléfono
Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta con un círculo, que MEJOR describa a dicha persona. (No deje ninguna pregunta sin marcar)

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL			

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL			
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro. ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro		Puntuación directa TOTAL			

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL			
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente. ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					
<p>ÍTEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL			

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...)	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL			