



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**TEMA:**

“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ EN LAS COMUNIDADES DE CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO DEL CANTÓN DE OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO 2014”

**AUTORES:**

SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ

JIMMY STALIN TORRES OBANDO

**DIRECTORA:**

Lcda. Verónica Potosí

**IBARRA - 2014**

## CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Ibarra, 12 de noviembre del 2014

Yo, Lic. Verónica Potosí Moya con cedula de identidad 171582181-3 en calidad de tutora de tesis titulada “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ EN LAS COMUNIDADES DE CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO DEL CANTÓN DE OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2014”. De autoría de los señores Sheyla Samanta Cabrera Vásquez y Jimmy Stalin Torres Obando, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente:



---

CI: 171582181-3

**Verónica Potosí Moya**

## AUTORÍA

Nosotros Sheyla Samanta Cabrera Vásquez y Jimmy Stalin Torres Obando declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ EN LAS COMUNIDADES DE CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO DEL CANTÓN DE OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO 2014” y los resultados de la investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no ha sido presentado previamente para ningún grado ni calificación profesional, y que hemos respetado las diferentes fuentes de información.



Sheyla Samanta Cabrera

100312047-2



Jimmy Stalin Torres

040187951-5



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, **SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ** y **JIMMY STALIN TORRES OBANDO**, con cédula de identidad Nro. **100312047-2** y **0401879515**, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ EN LAS COMUNIDADES DE CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO DEL CANTÓN DE OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO 2014”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Terapia Física Médica en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 15 días del mes de Diciembre de 2014.

**Sheyla Cabrera**  
**100312047-2**

**Jimmy Torres**  
**040187951-5**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

Por medio del presente documento dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100312047-2, 040187951-5		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Cabrera Vásquez Sheyla Samanta, Torres Obando Jimmy Stalin		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Los Ceibos, El Olivo		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:sheylacabrera@outlook.es">sheylacabrera@outlook.es</a> , <a href="mailto:jimmyobando6@gmail.com">jimmyobando6@gmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2954-373	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0995784714

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	Diagnóstico georeferenciado de la discapacidad en la parroquia González Suárez en las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo del cantón de Otavalo provincia de Imbabura en el periodo enero a junio 2014
<b>AUTOR (ES):</b>	Cabrera Vásquez Sheyla Samanta, Torres Obando Jimmy Stalin
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	2014 Diciembre 15
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Terapia Física Médica
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Lic. Verónica Potosí

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

Yo, **SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ** y **JIMMY STALIN TORRES OBANDO**, con cédula de identidad Nro. **100312047-2** y **0401879515** en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito

Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

### 3. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 15 días del mes de Diciembre de 2014

#### LOS AUTORES:



.....  
Sheyla Cabrera



.....  
Jimmy Torres

## DEDICATORIA

A mi madre, por superar el concepto de ser madre al haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, por sus consejos, sus valores, su ejemplo y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero sobre todo, por su amor verdadero e inmenso.

A mi hermano, por haber compartido mucho conmigo y así transmitirme su alegría y ánimo para poder culminar esta etapa de mi vida profesional.

**Sheyla Cabrera**

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo incondicional, consejos comprensión, amor, ayuda, en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposa por estar siempre presente, acompañándome en el día a día. A mi hija Maytte quien ha sido y es una motivación, inspiración y felicidad.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**

**Jimmy Stalin Torres**

## AGRADECIMIENTO

El plan de investigación es el resultado de una etapa que a lo largo de un periodo se ha puesto a prueba las capacidades, habilidades y conocimientos en el desarrollo de este trabajo, ante lo cual estaremos infinitamente agradecidos:

A Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, siendo una prestigiosa universidad la cual nos abrió las puertas a un camino del saber para poder así prepararnos para un futuro competitivo y formarnos como profesionales humanista con valores.

A nuestra tutora la Lic. Verónica Potosí por su interés y empeño para culminar esta etapa universitaria, así como de cada uno de los encuestados por la colaboración desinteresada y afectiva para llevar a cabo lo planificado en esta investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas están aquí con nosotros y otras en recuerdos y en el corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nuestras vidas, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA .....	i
CERTIFICADO DE APROBACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CESIÓN DE DERECHOS.....	iv
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN.....	v
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT .....	xv

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1.- Género.....	48
Gráfico 2.- Grupo de edades, Comprendidad en 5 rangos.....	49
Gráfico 3.- Comunidades.....	50
Gráfico 4.- Su condición de salud fue oportunaente diagnosticada .....	51
Gráfico 5.- Sabe cuál es el origen de su discapacidad.....	51
Gráfico 6.- Causas de la discapacidad.....	52
Gráfico 7.- Condiciones de salud más afectadas.....	53
Gráfico 8.- Condiciones de salud que más afectan, en relación con el género femenino. ....	54
Gráfico 9.- Condiciones de salud que más afectan, en relación con el género masculino. ....	55
Gráfico 10.- Condiciones de salud que más afectan, en correlación al adulto rango de edad de 19 a 65 años .....	56
Gráfico 11.- Condiciones de salud que más afectan, en correlación al adulto mayor rango de edad de 65 años en adelante.....	57
Gráfico 12.- Movimiento del cuerpo, manos, abrazos y piernas (discapacidad física) en relación con el grupo más afectado. ....	58
Gráfico 13.- Actividades diarias presenta dificultades para: llevar, mover, utilizar objetos con las manos .....	59
Gráfico 14.- Actividades diarias presenta dificultades para: caminar, correr y saltar.....	60
Gráfico 15.- Actividades diarias presenta dificultades para: alimentarse, asearse y vestirse por si mismo.....	61

Gráfico 16.- Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a condiciones de salud y exterior calle.....	62
Gráfico 17.- Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a condiciones de salud e instituciones públicas.....	63
Gráfico 18.- Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a interior de la casa.....	64
Gráfico 19.- Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a transporte público.....	65
Gráfico 20.- Nivel de Educación.....	66
Gráfico 21.- Nivel de Educación.....	67
Gráfico 22.- Participa en Actividades.....	68
Gráfico 23.- Cuál es su ingreso mensual promedio.....	69
Gráfico 24.- Tipo de Rehabilitación.....	67

## ÍNDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>1</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4 OBJETIVOS .....	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL .....	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	9
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO .....</b>	<b>10</b>
2.1 TEORÍA EXISTENTE.....	10
<b>2.1.1 HISTORIA DE LAS DISCAPACIDADES.....</b>	<b>10</b>
2.1.2 PARADIGMAS DE LA DISCAPACIDAD. ....	10
2.1.3 PARADIGMA TRADICIONAL.....	10
2.1.4 PARADIGMA DE LA REHABILITACIÓN .....	11
2.1.5 PARADIGMA DE VIDA INDEPENDIENTE O AUTONOMÍA PERSONAL	12
2.2 DEFINICIÓN DE LA DISCAPACIDAD.....	14
2.2.1 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD.....	15
<b>2.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD.....</b>	<b>16</b>
2.3.1 DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN.....	16
2.3.2 DISCAPACIDADES PARA VER .....	17
2.3.3 DISCAPACIDADES PARA OÍR .....	18
2.3.4 DISCAPACIDADES PARA HABLAR (MUDEZ).....	19
2.3.5.1 DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE.....	19
2.3.6 INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN. ....	20
2.3.7 DISCAPACIDADES MOTRICES. ....	20
2.3.8. DISCAPACIDADES MENTALES. ....	21
2.3.9 DISCAPACIDADES INTELECTUALES (RETRASO MENTAL) .....	22
2.3.10 DISCAPACIDADES CONDUCTUALES Y OTRAS MENTALES .....	23
<b>2.4. SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL ÁREA PROBLEMA. ....</b>	<b>25</b>
2.4.1 EN EL ECUADOR.....	25
2.4.2 EN LA PROVINCIA DE IMBABURA.....	27

2.4.3 CANTÓN DE OTAVALO Y SUS PARROQUIAS.....	28
<b>2.5 GRADO DE DISCAPACIDAD.....</b>	<b>29</b>
2.5.1 DEFINICIÓN.....	29
2.5.2 CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD.....	30
2.5.3 GRADO 1.....	30
2.5.4 GRADO 2.....	31
2.5.5 GRADO 3.....	31
2.5.6 GRADO 4.....	31
2.5.7 GRADO 5.....	31
<b>2.6 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF).....</b>	<b>32</b>
2.6.1 OBJETIVOS Y DEFINICIÓN DENTRO DE LA CIF.....	32
2.6.2 OBJETIVOS DE LA CIF.....	33
<b>2.7 MARCO LEGAL Y JURÍDICO.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.1 Objetivo Nacional para el Buen Vivir.....</b>	<b>37</b>
<b>Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad.....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>40</b>
<b>3 METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
3.2 DISEÑO DE ESTUDIO.....	41
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	42
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
3.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>48</b>
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	48
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	71
4.3 RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	73
4.4 CONCLUSIONES.....	75
4.5 RECOMENDACIONES.....	76
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ EN LAS COMUNIDADES DE CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO DEL CANTÓN DE OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO 2014

**Autores:** Sheyla Samanta Cabrera Vásquez

Jimmy Stalin Torres Obando

**Tutora:** Lic. Verónica Potosí

## RESUMEN

El presente informe final es el resultado de una perspectiva por parte de los autores fundamentado a la necesidad de la inclusión de la discapacidad de los pobladores en los sectores rurales del Cantón de Otavalo, en las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo, el cual consiste en el levantamiento de información relacionado a los datos de discapacidad a nivel cantonal cubriendo el cantón de Otavalo con sus respectivas comunidades seleccionadas. Además uno de los objetivos fundamentales del trabajo, es generar y publicar información estadística oportuna y veraz. Para lograrlo, se han organizado cada una de las etapas, desde la planeación hasta la publicación y divulgación de resultados.

Dentro de la Metodología el estudio fue de tipo descriptivo debido a que en esta investigación se aplicó un censo a los pobladores de las distintas comunidades y al uso de la observación para aplicar al estudio de campo, también fue propositiva, para poder dar una solución y un aporte al problema detectado. La población está conformada por 68 personas con discapacidad.

Como material de apoyo que guíen a una detección clara y precisa de la investigación, se recurrió al uso del GPS y de la aplicación Odk Collect, para la recopilación de los datos se usó el paquete utilitario Excel y finalmente para la agrupación gráfica de los resultados se utilizó el programa de Epi Info.

Como resultados obtenidos de esta investigación es que se evidenció que en un 56.8% de su totalidad de 68 personas encuestadas, conforman el grupo de mayor vulnerabilidad que son los adultos (edad comprendida de 19 a 65 años de edad) y adultos mayores (edad comprendida 65 años en adelante).

Como consecuencias de las discapacidades se tiene como principales causas como por accidente en un 13,2% del cual llega a ser el 10,3% accidentes dentro del hogar siendo este el de mayor incidencia; otra causa llega a ser alteraciones genéticas hereditarias en un 5,9% dando por el matrimonio intrafamiliar; otra causa considerable son las complicaciones en el parto con el 1,5%, este porcentaje no es elevado pero cabe recalcar que dentro de las comunidades debido a sus costumbres deciden las madres en gestación no recurrir a ningún tipo de control médico, llevando esto a la siguiente causa que es las condiciones de salud de la madre durante el embarazo indicando un 14,7%; otra casusa es la enfermedad general como en un 19,1%; otra causa común es por causa de enfermedad profesional con un 5,9% del cual llega a ser debido a la carga de trabajo física o mental

(factores ergonómicos) con el 4,4%; como otra causa en la actualidad debido al machismo se indica que en un 10,3% se ha sufrido como víctima de violencia intrafamiliar.

De este grupo se ha destacado que 42 encuestados representan el 61.8% el cual pertenecen al género femenino, siendo esta la población más afectada. Dentro de los altos porcentajes en las comunidades investigadas resulta ser 41.2% que refiere al movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas – discapacidad física. Hay que destacar que dentro de ese porcentaje el 27.9% afecta al género femenino.

Con asertividad en base a los datos obtenidos de la encuesta aplicada se presenta mayor alteración en el movimiento físico, indicando que de las personas encuestadas 30 personas del sexo femenino muestran alta afección equivalente al 44.1%, a diferencia del sexo masculino que tan solo se demuestra un 25% del total de 68 personas con discapacidad, esto es confirmado por los resultados del uso de la herramienta de la observación.

Además que como barreras para el desenvolvimiento de las personas con discapacidad es en un 38,2% en el exterior calle, que llegaría a ser como andenes, aceras, calles, vías, parques, plazas, estadios, teatros, iglesias, paraderos, terminales de transporte; 11,8% en instituciones públicas tales como centros educativos, lugares de trabajo, centros de salud, centro comerciales; 11,8% interior de casa tales como dormitorio, sala, comedor, baño, escaleras, pasillos, patios; 25% transportes públicos principalmente los buses o vehículos de transporte; y solo un 13,2% indicó no tener ningún tipo de barreras para su completo desenvolvimiento.

Finalizando con la observación de que en relación al área de salud este último año el 51.5% no ha recibido ninguna atención en general. Existe una igualdad de 50%, 50% en lo que se relaciona a usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, cabe recalcar que los diferentes encuestados respondieron esta pregunta dando relevancia a que ellos usaban más medicamentos, que ayudas especiales, por tal motivo existe el 54.4% de que no utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis.

GEOREFERENCING DIAGNOSIS OF DISABILITY IN THE PARISH GONZALEZ SUAREZ IN COMMUNITIES OF CALUQUÍ, GUALACATA E INTI HUAYCOPUNGO CANTON OTAVALO IMBABURA PROVINCE IN THE PERIOD FROM JANUARY TO JUNE 2014

**Authors:** Sheyla Samantha Cabrera Vasquez  
Stalin Jimmy Torres Obando  
Tutor: Verónica Potosí.

### ABSTRACT

This final work is the outcome from the perspective by the authors based on the need for the inclusion of disabled people in the rural areas of the Canton of Otavalo, in Caluquí, Gualacata and Inti Huaycopungo communities, which consists in collecting information related to disability data at cantonal level covering the canton of Otavalo with their target communities. Also one of the main objectives of this work is to generate and publish timely and accurate statistical information. To achieve this, we have organized every stage, from planning to publication and dissemination of results.

Within the study methodology was descriptive because in this research a survey was applied to people of different communities and the use of observation to apply to the field study was also proactive in order to give a solution a contribution to the problem identified. The population is made up of 68 people with disabilities.

As support material to guide a clear and accurate detection research, resorted to the use of GPS and Collect Odk application for collecting data the utility package and finally used Excel for the graph clustering results Epi info program was used.

As results of this research is that it showed that 56.8% of all 68 respondents formed the group are more vulnerable than adults (aged 19 to 65 years) and elderly (aged 65 years and older).

As consequences of disabilities its main accident causes as 13.2% which becomes 10.3% accidents in the home being the most prevalent; becomes another cause heritable genetic damage by 5.9% assuming the domestic marriage; another significant cause is childbirth complications in 1.5%, this percentage is not high, but it should be emphasized that within communities due to their customs pregnant mothers decide not to resort to any kind of medical supervision, taking this to the next cause is the health conditions of the mother during pregnancy indicating 14.7%; another casus is the general condition and 19.1%; Another common cause is due to occupational disease 5.9% of which become due to the burden of physical or mental work (ergonomic factors) with 4.4%; as another cause today because of maleness indicates that 10.3% have been a victim of domestic violence.

This group has highlighted that 42 respondents representing 61.8% which belong to the female gender, being the most affected population. Within the high percentages in the

studied communities proves that 41.2% refers to the movement of the body, hands, arms, legs - physical disability.

With assertive data obtained from the survey applied biggest alteration comes in the physical movement, indicating that the 30 people surveyed females show high condition equivalent to 44.1%, unlike the male only demonstrated 25% of 68 people with disabilities, this is confirmed by the results of using the tool of observation.

Besides that as barriers to the development of people with disabilities is 38.2% in the outside lane, which would become like platforms, sidewalks, streets, roads, parks, plazas, stadiums, theaters, churches, bus stops, terminals transport; 11.8% in public institutions such as schools, workplaces, health centers, malls; 11.8% inside the house such as a bedroom, living room, bathroom, stairs, walkways, patios; 25% public transport especially buses or vehicles; and only 13.2% reported not having any barriers to their full development.

Finishing with the observation in the health area this past year, 51.5% received no care in general. There is an equal 50%, 50% as it relates to use special aids, dentures or permanent medication, it should be emphasized that different respondents answered this question by giving prominence to that they used more medications, which aids special for that reason exists 54.4% of which do not currently use special aids, prostheses.

## **CAPÍTULO I**

### **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como instancia principal se ha delimitado el problema objeto de nuestra investigación, permitiendo escoger una parte (variable) del problema y convertirlo en tema de investigación, ante lo cual se tomará en consideración aquellos aspectos que son importantes para el desempeño de una actividad específica y así aislar todos aquellos que no interfieren en el mismo, el objeto en el espacio físico-geográfico son las comunidades localizadas en las zonas rurales de la provincia de Imbabura pertenecientes a la Parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo, dentro de dichas áreas rurales habitan personas de etnia indígena, siendo esta la población con mayor incidencia dentro de la discapacidad. Referente al grupo humano a estudiar son las personas que presenten cualquier tipo de discapacidad que se encuentren localizados dentro de los parámetros ya establecidos para su diagnóstico georreferenciado, de tal manera se logrará atender todos los aspectos que son requeridos e indispensables para la investigación.

Hay que considerar que la discapacidad es parte de la condición humana. Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que sobrevivan y lleguen a la vejez experimentaran cada vez más dificultades de funcionamiento. La mayoría de los grupos familiares tienen algún integrante discapacitado,

y muchas personas que no lo son asumen la responsabilidad de apoyar y cuidar a sus parientes y amigos con discapacidad.

Tomando en cuenta la Misión Universitaria en donde se manifiesta que la misma “se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para contribuir al desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país” (Universidad Técnica del Norte, s.f.), basados en lo mencionado, la Universidad Técnica del Norte junto a la carrera de Terapia Física Médica y con la participación de sus estudiantes, se ha emprendido este nuevo proyecto de georeferenciación, en donde su prioridad es colaborar con la inclusión de este grupo vulnerable.

Para lograr con el objetivo, se ha visto en la importancia de diseñar o planificar opciones para que puedan así lograr una inclusión y alcanzar una mejor calidad de vida. Para ello, se necesita saber con nitidez el número de personas con discapacidad, el tipo de discapacidad que presenten y su lugar de residencia. Para lo cual se ha necesitado recurrir a un instrumento práctico y muy utilizado en la actualidad para obtener datos estadísticos más precisos, registro o padrón de la población llamado censo, esta herramienta es muy práctica y sencilla, además, para llevar a cabo el censo en el lugar a investigar se necesita de un reconocimiento físico y junto a la participación de los investigadores, pues con el uso principal de la observación se puede reconocer a el fenómeno a estudiar, dentro de su entorno.

El número de países que recopila datos sobre la prevalencia de la discapacidad a través de censos y encuestas es cada vez mayor, y en muchos casos se ha comenzado a aplicar un planteamiento basado en las dificultades de funcionamiento, en lugar de un planteamiento basado en las deficiencias. Las estimaciones de las tasas de prevalencia varían

ampliamente dentro de un mismo país y entre los países (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud hay en el mundo alrededor de un 10% de personas con discapacidad permanente (motriz, sensorial, mental y otras), es decir, cerca de 600 millones de personas. Además, casi un 15% son discapacitados transitorios - personas que por una u otra causa ven limitadas sus posibilidades de desplazamiento, orientación y/o uso de instalaciones de manera temporal (por caso, mujeres embarazadas, familias con niños entre 3 meses y 2 años, niños entre 6 y 10 años, personas obesas, accidentados con discapacidad en rehabilitación sin secuela posterior, etc.); y alrededor de un 12% correspondiente a la franja de la 3° edad; se llega casi a un sorprendente 40% de la población mundial que padece algún impedimento o restricción permanente o temporal en sus capacidades (Gro, 2009).

La Discapacidad en América Latina alcanza a más de 90 millones de personas, así lo indican las estimaciones hechas recientemente por la Organización Mundial de la Salud. Si agregamos al menos tres familiares por cada uno, llegamos a la conclusión de que este tema afecta a 270 millones de ciudadanos (Hernández , Fundación Nacional de Discapacitados, 2010).

Del total de la población del Ecuador, el 13,2 % son personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas). Los datos evidencian que 184.336 hogares tienen al menos un familiar con algún problema físico o mental. Según las estadísticas, en el país, cerca de 830 mil mujeres tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres es de 778 594 (48,4%). Por otro lado, las provincias más afectadas por la discapacidad son Loja, Cañar, Bolívar y Cotopaxi; esta situación se produce porque en estos sectores la

gente está expuesta a condiciones de vida pobreza, desnutrición, decadencia y no hay control de

embarazos. También de este grupo, el 76% tiene alguna deficiencia, y el 24% presenta alguna limitación en la actividad.

Entre los menores de 5 años con limitaciones, el 56,7% son niños y el 43,3% son niñas. En la población de 41 años en adelante, el 54% es mujer y el 46% es hombre es por eso que la probabilidad de tener discapacidad aumenta con la edad. El mayor problema de las personas que tienen una discapacidad no radica en sus limitaciones físicas, sino en la discriminación y las actitudes prejuiciadas de la sociedad (CONADIS, 2010).

Ecuador es uno de los cinco países de América Latina con mayor número de personas con discapacidad. Honduras (14%), Perú (13%), Brasil (12,5%), Nicaragua (12,5%) y Ecuador (12,4%). Esta cifra es sustancialmente mayor comparada con otros países como Uruguay (7,3%), México (5,71%) o Argentina (6,9%). De acuerdo al último censo, 800 000 ecuatorianos tienen algún tipo de discapacidad (Mantilla, 2012)

En base a los datos estadísticos presentados por parte del CONADIS, así como de algunos investigadores, se resume que la discapacidad es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. Los vínculos entre pobreza y discapacidad son bien conocidos. La ONU estima que el 80 por ciento de las personas con discapacidad en los países en desarrollo vive en la pobreza. Cerca del 20 por ciento de los pobres del mundo tiene discapacidad. Es más, muchas personas con discapacidad en los países en desarrollo viven en zonas rurales donde el acceso a la formación, las oportunidades de trabajo y los servicios son limitados (Organización Internacional del Trabajo, 2009).

Durante años la Organización Mundial de la Salud así como otras organizaciones y personas dedicadas a la investigación científica, han presentado dentro de su biblioteca varios informes en relación a la discapacidad, considerando de tal manera una señal de análisis exhaustivo al comparar los resultados del presente con los de hace una década atrás, tenido como resultado, considerables cifras en un actuar con prontitud.

Dentro de nuestro objetivo de investigación es detectar las necesidades que presenta este grupo vulnerable, alcanzando de esta manera la relación entre los diferentes factores que se detectarán en su entorno, y así llegar a una comparación relacionado al incremento del alto índice en la tasa de discapacidad en las zonas rurales, por ello se ha visto en la exigencia de un estudio cualitativo, para poder indagar las necesidades básicas que afectan a esta población en forma superficial, dando como consecuencia la discapacidad.

Estos son determinados aspectos que junto a sus causas, sus barreras, el desenvolvimiento en la sociedad y sus consecuencias, nos motiva a realizar un escrutinio considerable referente al diagnóstico georeferenciado.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en la Parroquia González Suárez en las Comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo del Cantón de Otavalo de la Provincia de Imbabura?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La realidad ecuatoriana en discapacidades en las zonas rurales seguirán persistiendo al igual que las demandas por la solución de los problemas puntuales de las personas con

discapacidad, por ello la tarea es realizar una investigación, sobre todo contra las limitaciones, para esto será necesario y trascendente realizar una investigación exhaustiva.

Dentro de la conveniencia de nuestro estudio, se partió de un pilar fundamental que se refiere a la información existente que se relacione a nuestra investigación, en donde se detectó una falencia considerable sobre la información recopilada entre el Sistemas de Información Geográfico SIG, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC y de igual manera el Instituto Geográfico Militar del Ecuador, de los cuales se ha obtenido información no muy clara, precisa, escasa y desactualizada, dando esto a una notable declinación sobre la información referente a los datos actualizados y reales sobre las personas con discapacidad que residen en las zonas rurales, para esto se consideró nuestra investigación como implicación práctica, ayudando a resolver así al aporte de los datos actualizados referente a las personas que presenten cualquier tipo de discapacidad colaborando a una inclusión de estas personas a futuras investigaciones así como a programas liderados por el estado, logrando así tener una población satisfactoria para poder cumplir con la obtención de resultados para planificar y tomar decisiones aplicables a cualquier rama de la ciencia.

Referente al valor teórico se ha contribuido con un diagnóstico y una precisión georeferencial sobre este grupo vulnerable, brindando así una información que pueda ser utilizada en futuras aplicaciones de salud, consecuentemente se realizará con el levantamiento georeferenciado, llevando a esta investigación como utilidad metodológica. Hay que reconocer que en la actualidad es de gran importancia ya que permite a las autoridades funcionales de la salud tener una base de datos geográficos actualizados, en la cual, existe un registro detallado de operaciones y maniobras, permitiendo al usuario

acceder, insertar, modificar y analizar la información de una manera más sencilla (Cádenas Sánchez & Rosado Tamayo, 2010).

Esto puede ser considerado como un impacto social debido a que las autoridades interesadas relacionadas a la salud y a la georeferenciación de la discapacidad dentro de las localidades rurales, pueden basarse en la presente información debido a que se aporta a favor de los pobladores de las comunidades estudiadas resultando ser la investigación como una relevancia social, los cuales resultan ser los beneficiarios directos de la ejecución de este proyecto.

La problemática que se ha solucionado por medio de esta investigación, es referente a el diagnóstico exhaustivo sobre la discapacidad y a su vez la georeferenciación de la misma, logrando así una ayuda comunitaria, de esta manera ninguno de los pobladores han sido excluidos y se ha determinado las necesidades o factores que influyen sobre el incremento del porcentaje en discapacidad en las comunidades estudiadas.

Como expectativa se ha considerado los aspectos sociales, económico, culturales y educativos que favorecen al incremento de la discapacidad en los lugares rurales investigados, los factores superficiales han resultado no garantizar el derecho a la salud por el déficit de los servicios médicos o por carencia de conocimiento de los mismos y su localidad, lo que ha conllevado a la declinación de su salud y posteriormente, sea por edad o accidente, adquirir alguna discapacidad.

Vinculado a la factibilidad del tema de investigación, existió la posibilidad de desarrollar el proyecto sobre la base de los recursos humanos, económicos y materiales de los que se dispuso, debido a que las comunidades son de localización considerable y junto

a la colaboración y guía de los docentes y a la universidad se logró cumplir con los objetivos planteados.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Diagnosticar la Discapacidad y Georeferenciarla en la Parroquia González Suárez en las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo del Cantón de Otavalo Provincia de Imbabura en el periodo Enero a Junio 2014.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar y ubicar geográficamente a las personas con discapacidad que se presentan en las comunidades de Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo.

Detectar la incidencia de cada uno de los tipos de discapacidades de acuerdo a su localidad respectiva.

Recopilar información que evidencien la realidad social, cultural, económica y educativa de las personas con discapacidad de las comunidades investigadas.

## **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo identificar y ubicar geográficamente a las personas con discapacidad que se presentan en las comunidades de Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo?

¿Cómo detectar la incidencia de cada uno de los tipos de discapacidades de acuerdo a su localidad respectiva?

¿Qué información evidencian la realidad social, cultural, económica y educativa de las personas con discapacidad de las comunidades investigadas?

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1 TEORÍA EXISTENTE**

##### **2.1.1 HISTORIA DE LAS DISCAPACIDADES**

##### **2.1.2 PARADIGMAS DE LA DISCAPACIDAD**

De igual manera, en la actualidad, la discriminación es evidente en actitudes de rechazo por parte de la sociedad, mediante la falta de oportunidades educativas, inaccesibilidad, la carencia de servicios médicos de rehabilitación, barreras arquitectónicas, restricción en los espacios laborales, la exclusión por género, entre otras acciones. Este acontecimiento es un proceso que ha evolucionado y el cual se visualiza a través de tres paradigmas, a saber:

##### **2.1.3 PARADIGMA TRADICIONAL**

Este enfoque se caracteriza por un “esquema institucionalizado, asistencial y de caridad en el que la discapacidad se considera la expresión del mal o manifestación de lo sagrado” (Ballesteros, 2010, pág. 4)

Este paradigma tiene una connotación de marginación, discriminación económica, social y política, dependencia y subestimación de las personas con discapacidad. Por eso no se les considera como sujetos de derechos igual que el resto de la población. De igual

manera, los mismos autores citan que, en Costa Rica la atención de la discapacidad inicia en los años 40, cuando se presenta el asistencialismo mediante las instituciones eclesiásticas y organizaciones de caridad.

Desacuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIF), envase a sus concepciones hacia la discapacidad. Es de suma importancia aclara que la discapacidad se ha visualizado con una connotación discriminatoria en todos los ámbitos sociales desde tiempos muy remotos, en la edad media la discapacidad era conocida como un posesión demoniaca, Concepción Demonológica, se la asociaba al mal, todas las personas con discapacidad eran quemados, asesinados y encerrados en hogueras.

El Estado no visualizaba la discapacidad como prioritaria, sino producto del voluntariado, la participación estatal se orientó en cuatro aspectos: atención médica, educación especial, atención profesional y vocacional. Este enfoque es discriminatorio por enfatizarse solamente en la discapacidad como parte distinta del ser humano y concibe a las personas con condiciones incapacitantes como fuera de serie de acuerdo con los parámetros establecidos como ‘normales’.

#### **2.1.4 PARADIGMA DE LA REHABILITACIÓN**

De igual modo, surge el paradigma de rehabilitación, en este se muestra el problema exclusivamente en las personas con discapacidad, debido a diferentes causas ante esta condición. Se establece que la rehabilitación es elemental para que “la persona pueda superarse; por lo tanto, se cree que la solución ante este acontecimiento será de la intervención profesional de especialistas” (Ramírez, 2010, pág. 4). Dentro de este paradigma citado sobre la rehabilitación todas las personas con discapacidad pueden

adaptarse a las exigencias del medio, y poder vivir en la sociedad siendo parte de una actividad productiva y poder reincorporarse a sus actividades de la vida diaria sin la ayuda de terceros.

Es importante tener presente que este paradigma enfatiza en la parte biomédica y se olvida el ámbito psicosocial; debido a que las personas son integridad, no son la unión de partes o segmentos distantes que se encuentran solamente por gravedad en un universo llamado sociedad. Por tal motivo, debe fomentarse el estudio de los individuos, tanto mujeres y hombres, como entes integrales e interactuantes entre sí.

Consecuentemente, nace un nuevo paradigma, quizás el más aceptado en relación con el anterior, el cual busca un enfoque de derechos, este es el modelo de autonomía personal o vida independiente.

### **2.1.5 PARADIGMA DE VIDA INDEPENDIENTE O AUTONOMÍA PERSONAL**

Destaca que este paradigma promueve la independencia de la persona con discapacidad, la cual se considera como ser biosico-sociocultural; se percibe y recibe estímulos del entorno, aprovecha los recursos existentes para la búsqueda de una emancipación y el cambio de su propia realidad la cual contribuya a mejorar la calidad de vida (Ramírez, 2010, pág. 5).

Este modelo se fundamenta en las potencialidades y la autodeterminación de mujeres y hombres con discapacidades, tiene una visión de igualdad de oportunidades, equidad y autoayuda. Es el paradigma más evolucionado, cuyo sustento teórico es la necesidad de que el entorno se adecue a las distintas maneras de coexistir en determinada sociedad.

De acuerdo con los principios de este paradigma son:

La no discriminación, la cual significa evitar la exclusión.

Restringir, impedir el reconocimiento o el ejercicio de los derechos humanos y libertad fundamentales.

No constituye discriminación, la distinción o preferencia adoptada por un estado al fin de promover la integración social y el desarrollo de las personas con discapacidad que no limite su derecho de igualdad y equidad (Ballesteros, 2010, pág. 5).

Otro eje es la participación de las personas con discapacidad, este se enfoca en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control en las acciones que los(as) involucran, lo cual es fundamental para los servicios de facilitadores personales. De igual forma, es importante la autonomía personal como un derecho de las personas con discapacidad de ser autónomas, responsables de sus acciones para el logro de una vida independiente plena.

Los principios anteriores deben estar mediatizados por la igualdad de oportunidades, lo cual se refiere al respeto de las diferentes necesidades de las personas, éstas deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos, humanos y económicos, para garantizar la igualdad de oportunidades, acceso y participación en idénticas circunstancias (Lepiz, 2010, pág. 11). No obstante, para lograr los servicios eficaces de facilitadores(as) es fundamental tener presente la accesibilidad porque ésta es el desarrollo de ajustes al espacio físico, los servicios, la información,

documentación, actitudes a las necesidades de todas las personas incluyendo las que presenta alguna discapacidad.

Según Ramírez, Ballesteros y Lepiz en este paradigma eran incorporadas todas las personas con discapacidad dentro de sus funciones sociales, la concepción Socio-ambiental. En la actualidad tanto la sociedad como las personas con discapacidad, han encontrado diferentes formas para poder relacionarse y formar parte de la de Integración. Y al mismo tiempo formar parte de la igualdad de oportunidades para todos la Autonomía Personal todos somos iguales dentro nuestro entorno que nos rodea.

## **2.2 DEFINICIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

El concepto de discapacidad según la OMS, 2011, se dice que toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se trataría de la objetivación de una limitación funcional en las actividades cotidianas. La discapacidad se caracteriza por excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. Lo normal es que sea consecuencia directa de una deficiencia pero también puede ser respuesta, sobre todo de carácter psicológico, del sujeto a una deficiencia física, sensorial o de otro tipo (OMS, págs. 34 - 36).

Como concepto adicional, la discapacidad 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. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden 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 (Alejandro & Husky, 2013).

Como definición de la discapacidad se considera que es una limitación que no permite el desarrollo de las actividades diarias de las personas que la han adquirido, llevando esto a una baja calidad de vida y a transformarse en una persona totalmente dependiente.

### **2.2.1 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD**

Causas de la Discapacidad son extremadamente heterogéneas, incluyendo causas ambientales como una malnutrición durante el embarazo, nacimiento prematuro, isquemia cerebral perinatal, síndrome alcohol-fetal, infecciones pre y post-natales, y causas genéticas como alteraciones cromosómicas o alteraciones genéticas (existen más de 1000 entradas correspondientes a genes o rasgos Mendelianos en la bases de datos OMIM), o multifactoriales. A pesar de ello, únicamente se conoce con exactitud la causa molecular en un 50% de los casos de DI de moderado a severo y en un porcentaje inferior en el caso de DI medio (Montserrat, 2013).

De acuerdo a Monserrat, se puede llegar a la ligera conclusión de que algunas de las más conocidas causas que producen la discapacidad, y que a la vez se lo ha presenciado dentro de las comunidades de localidad rural, han resultado ser la desnutrición y porque varios de los pobladores no han adquirido conciencia sobre su estado de salud, siendo esto uno de los factores que favorecen al incremento de la discapacidad dentro de la población.

## **2.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD**

### **2.3.1 DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN**

Este grupo comprende las discapacidades para ver, oír y hablar.

El grupo se conforma de cinco subgrupos: 110 Discapacidades para ver, 120 Discapacidades para oír, 130 Discapacidades para hablar (mudez), 131 Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje y 199 Insuficientemente especificadas del grupo Discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Cabe mencionar que el grupo incluye tanto nombres técnicos de las discapacidades como sus sinónimos, es decir, el nombre común con el que el informante declara las discapacidades sensoriales y de la comunicación, y las descripciones de los listados se refieren tanto a discapacidades como a deficiencias.

Algunas descripciones en los listados se consideran como discapacidades dentro de los subgrupos de este grupo sólo si se acompañan de un adjetivo que las califique como “FUERTES”, “SEVERAS”, “PROFUNDAS” o “GRAVES”. Las descripciones del listado que están en este caso muestran el adjetivo con letra cursiva negrilla y se acompañan de una cláusula de “Excluye...” para las descripciones similares que no pertenecen al subgrupo.

Se excluyen del grupo las combinaciones de discapacidades para ver, oír y hablar, porque se clasifican en el subgrupo 401-422 Discapacidades múltiples, excepto la

combinación de discapacidad para oír y la mudez (sordomudos) que se clasifica en este grupo, como parte del subgrupo 120 Discapacidades para oír.

Se excluyen también las combinaciones entre discapacidades sensoriales (ver, oír, hablar) con discapacidades de los grupos 2 Motrices y 3 Mentales, ya que estas combinaciones se clasifican en el subgrupo 401-422 Discapacidades múltiples.

### **2.3.2 DISCAPACIDADES PARA VER**

Incluye las descripciones que se refieren a la pérdida total de la visión, a la debilidad visual (personas que sólo ven sombras o bultos), y a otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes, como desprendimiento de retina, acorea, facoma y otras. Se considera que hay discapacidad cuando está afectado un sólo ojo o los dos.

Cabe señalar que una debilidad visual puede ser ocasionada, entre otros motivos, por una disminución severa de la agudeza visual, por la imposibilidad de percibir visión tridimensional, así como por trastornos en la visión de los colores que sólo permiten ver en blanco y negro, o por trastornos en la adaptación a la luz y en la percepción de tamaños y formas. Por ello, descripciones como éstas se incluyen en el listado.

Se excluye de este subgrupo al daltonismo, que se caracteriza por el trastorno o ceguera en la visión de los colores, principalmente el rojo, ya que estos casos se clasifican en el subgrupo 970 por no ser considerados como discapacidad.

De acuerdo con la recomendación de la ONU se excluyen de este subgrupo aquellas limitaciones visuales que pueden corregirse con el uso de lentes, como la miopía o el

astigmatismo. Por lo tanto, se excluyen descripciones como: “no puede ver bien”, “no ve bien”, “no mira bien”, “dificultad de la vista”, “le falla la vista”, “dificultad para ver”, etc., porque algunas de estas limitaciones pueden ser corregidas mediante el uso de lentes, o porque las descripciones son ambiguas y se desconoce su gravedad, razón por la cual se incluyen en el subgrupo 970 Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad.

### **2.3.3 DISCAPACIDADES PARA OÍR**

El subgrupo 120 Discapacidades para oír, comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos.

Son ejemplos de las discapacidades que comprende el subgrupo los sordos totales, los sordos de un solo oído, así como las personas con debilidad auditiva (personas que sólo escuchan sonidos de alta intensidad). Están incluidas las personas que tienen las limitaciones descritas, hagan uso o no de un auxiliar auditivo (aparato).

También se clasifican en este subgrupo las descripciones que hacen referencia al uso de un aparato auditivo, aunque no señalen la deficiencia que padece la persona.

En este subgrupo se incluyen las personas sordomudas, ya que se sabe que en un gran número de casos la mudez es una consecuencia de los problemas auditivos.

Se excluyen descripciones vagas o ambiguas como “no oye bien”, “no escucha bien”, “oye poco”, ya que no puede determinarse el grado de la limitación. Descripciones como

éstas se clasifican en el subgrupo 970. Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad.

#### **2.3.4 DISCAPACIDADES PARA HABLAR (MUDEZ)**

Se refiere exclusivamente a la pérdida total del habla.

#### **2.3.5.1 DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE**

Incluye las discapacidades que se refieren a la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles.

Se excluye a las personas que padecen tartamudez, ya que ésta no se considera una discapacidad.

Asimismo se excluyen descripciones que no son lo suficientemente claras, como: “no habla bien”, “no puede hablar bien”, “no pronuncia bien las palabras”, ya que no describen con precisión la gravedad o permanencia de la discapacidad de lenguaje. Este tipo de descripciones ambiguas se clasifican en el subgrupo 970 Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad.

### **2.3.6 INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN**

Este subgrupo se acaba de mencionar, comprende aquellas descripciones que aluden a discapacidades contenidas en este grupo, pero no son precisas y por ello no pueden clasificarse en alguno de los subgrupos anteriores (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, págs. 13 - 21).

### **2.3.7 DISCAPACIDADES MOTRICES**

Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana.

Este grupo lo conforman tres subgrupos: 210 Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza, el 220 Discapacidades de las extremidades superiores y 299 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.

En este grupo se incluyen la pérdida total o parcial de uno o más dedos de las manos o pies. El grupo incluye los nombres técnicos de algunas discapacidades y el nombre común con el que el informante las conoce; las descripciones de los listados se refieren tanto a discapacidades como a deficiencias.

Algunas de las descripciones se consideran como discapacidad únicamente si están acompañadas de adjetivos o descripciones que indiquen que la limitación es GRAVE, IMPORTANTE, SEVERA o QUE LE IMPIDE TRABAJAR. Las descripciones que están

en este caso muestran el adjetivo o descripción con letra cursiva o negrilla, y se acompañan de la cláusula “Excluye...” para las descripciones similares que no pertenecen a este grupo.

Excluye las discapacidades que tienen que ver con deformaciones del cuerpo y que no implican la carencia o dificultad de movimiento; éstas se clasifican en el grupo cuatro.

Se excluyen también las combinaciones de las discapacidades de este grupo con las de los grupos 1 Sensoriales y de la comunicación y 3 Mentales, y con las del subgrupo 430 Otro tipo de discapacidades, ya que estas combinaciones se clasifican en el subgrupo 401-422 Discapacidades múltiples (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, págs. 22 - 27).

### **2.3.8. DISCAPACIDADES MENTALES**

En este grupo se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas.

El grupo está integrado por tres subgrupos: 310 Discapacidades intelectuales (retraso mental), 320 Discapacidades conductuales y otras mentales y 399 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales.

El grupo incluye los nombres técnicos de algunas discapacidades y el nombre común con el que el informante las conoce y las descripciones de los listados se refieren tanto a discapacidades como a deficiencias.

Algunas de las descripciones que se incluyen en este grupo se consideran como discapacidad únicamente si están acompañadas de adjetivos o descripciones que indiquen que la dificultad es “GRAVE”, “SEVERA”, “IMPORTANTE”, O “QUE LE IMPIDE TRABAJAR”. Las descripciones que están en este caso muestran el adjetivo o descripción con letra cursiva negrilla y se acompañan de la cláusula “Excluye...” para las descripciones similares que no se consideran como discapacidad.

De este grupo se excluyen las combinaciones de las discapacidades mentales asociadas a las sensoriales y de la comunicación y motrices, ya que éstas se clasifican en el sub grupo.

### **2.3.9 DISCAPACIDADES INTELECTUALES (RETRASO MENTAL)**

Este subgrupo comprende las discapacidades intelectuales que se manifiestan como retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria.

Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etcétera.

Incluye a las combinaciones de discapacidades intelectuales con las del subgrupo 320 Discapacidades conductuales y otras mentales, por ejemplo la combinación de pérdida de la memoria y depresión severa.

Se excluyen del subgrupo 310 el retraso mental leve y las deficiencias leves del aprendizaje, como la dislexia (dificultad para leer) y la disgrafía (dificultad para escribir).

### **2.3.10 DISCAPACIDADES CONDUCTUALES Y OTRAS MENTALES**

En este subgrupo están comprendidas las discapacidades de moderadas a severas que se manifiestan en el comportamiento o manera de conducirse de las personas, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros.

En este tipo de discapacidades, la persona puede tener una interpretación y respuesta inadecuada a acontecimientos externos. Por ejemplo, si una persona sufre delirio de persecución o paranoia (que consiste en que el individuo cree que todos están en contra suya) podría interpretar como amenazante una inocente llamada telefónica que un familiar hace en voz baja, y su respuesta inadecuada podría ser de agitación, inquietud, alboroto, cólera o huida.

Las personas afectadas por discapacidades de este subgrupo también pueden experimentar perturbación de la capacidad para identificar debidamente a objetos y personas, o a las dimensiones de tiempo y espacio.

Pueden no reconocer a las personas con quienes conviven, o pueden creer que ya sucedió un acontecimiento que en realidad sucederá al día siguiente.

También se incluye en el subgrupo la incapacidad o deficiencia para distinguir la realidad de la fantasía (como en las personas esquizofrénicas, o las que comúnmente se denominan “locas”), y las perturbaciones severas en las relaciones con los demás (como en la psicopatía, en que el comportamiento de la persona es antisocial; o en el autismo, cuya característica más común es la incapacidad para relacionarse con otros).

Se excluyen de este subgrupo los casos en que las discapacidades se combinan con las discapacidades del 310 Discapacidades intelectuales. Estas combinaciones se clasifican en el subgrupo 310, por ejemplo la combinación de convulsiones muy frecuentes (subgrupo 320) y retraso mental (subgrupo 310).

No sabe:

En el subgrupo 980 No sabe, se clasifican las descripciones en las que se declara que la persona que proporciona la información desconoce la respuesta.

No especificado general:

En éste, se incluyen descripciones ambiguas, en las que no se sabe con certeza si se refiere o no a una discapacidad, porque se menciona sólo un órgano aislado, sin contexto, que no indica en forma categórica una discapacidad. O bien cuando hay omisión de la respuesta.

También se incluyen algunas descripciones que no indican el grado de la limitación (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, págs. 38 - 47)

## **2.4. SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL ÁREA PROBLEMA**

### **2.4.1 EN EL ECUADOR**

En el Ecuador, país localizado en el continente sudamericano, cuya población asciende a 12`500.000 habitantes, la atención inicial a la persona con discapacidad fue bajo criterios de caridad y beneficencia, para luego irse tecnificando progresivamente a partir de los años 50, a través de las asociaciones de padres de familia, personas con discapacidad e instituciones privadas.

“Del total de la población del Ecuador, el 13,2 % son personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas). Los datos evidencian que 184 336 hogares tienen al menos un familiar con algún problema físico o mental.

Según las estadísticas, en el país, cerca de 830 mil mujeres tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres es de 778 594 (48,4%). Por otro lado, las provincias más afectadas por la discapacidad son Loja, Cañar, Bolívar y Cotopaxi; esta situación se produce porque en estos sectores la gente está expuesta a condiciones de vida pobreza, desnutrición, decadencia y no hay control de embarazos. También de este grupo, el 76% tiene alguna deficiencia, y el 24% presenta alguna limitación en la actividad.

Entre los menores de 5 años con limitaciones, el 56,7% son niños y el 43,3% son niñas. En la población de 41 años en adelante, el 54% es mujer y el 46% es hombre es por eso que la probabilidad de tener discapacidad aumenta con la edad “3. El mayor problema de

las personas que tienen una discapacidad no radica en sus limitaciones físicas, sino en la discriminación y las actitudes prejuiciadas de la sociedad.

En 1992 nace la ley 180 sobre Discapacidades, una norma cuyo espíritu es racionalizar el trabajo que, sobre este tema, se debía realizar en el país. A través de ella se crea el Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS, un organismo encargado de dictar políticas nacionales, coordinar acciones e impulsar y ejecutar investigaciones sobre el área de las discapacidades.

Su conformación es democrática, en la que participan todas las organizaciones públicas y privadas vinculadas directamente con las discapacidades. En este sentido se puede decir que no es coincidencia que con el apareamiento del CONADIS, las acciones sobre discapacidades se hayan dinamizado, ya que su estructura orgánica (Directorio y Comisión Técnica) acoge a casi todos los actores sociales que tienen vinculación directa con las discapacidades; la participación amplia y democrática de entes estatales y privados en el Consejo consiguieron esta dinámica, que no ha estado exenta de dificultades y limitaciones de diferentes índoles, en especial del económico.

La realidad ecuatoriana en discapacidades no diferirá en mucho con la de otros países hermanos, pero en materia de organización y perspectivas de trabajo, existen buenas condiciones para el futuro, sin querer afirmar que los problemas mayúsculos estén resueltos, no en vano la estructura de nuestro CONADIS ha servido como modelo para Paraguay, Perú, El Salvador y República Dominicana (CONADIS, 2010).

A lo largo del desarrollo de la atención a las personas con discapacidad en el país, se han incorporado y modificado las concepciones acerca de lo que es la discapacidad y su forma de atención, pasando de la caridad y beneficencia al paradigma de la rehabilitación y

de éste al de autonomía personal, inclusión y derechos humanos. De manera que poco a poco se van concretando acciones orientadas por los principios de normalización y equiparación de oportunidades, que señalan que la atención de las personas con discapacidad debe realizarse en los mismos sitios y sistemas de toda la población, procurando una verdadera inclusión donde puedan ejercer sus derechos ciudadanos (Merino Burbano, 2011, págs. 15 - 18 ).

En nuestro medio la discapacidad llega a ser una excusa para no brindarle la misma igualdad que dichas personas, llegando con esto la falta de inclusión a la sociedad. El punto central de toda esta situación es por la falta de conciencia de varias personas, de hecho falta de educación al respecto, de tal manera se lograría un índice de discapacidad considerable a nuestros tiempos.

#### **2.4.2 EN LA PROVINCIA DE IMBABURA**

Durante el 2013 la ayuda a las personas con discapacidad por parte de la Secretaría Técnica de Discapacidades, ha generado una ayuda con distintas atenciones médicas como en entrega de instrumentos a cerca de 12 mil 983 beneficiarios.

Financiamiento.\_ Generalmente cada mes la dependencia de ayuda provincial recibe rubros conforme se tenga planificada la asistencia, priorizan los sectores más vulnerables. Por ejemplo en el cantón Otavalo se registra una mayor demanda de personas con discapacidad, mientras que la capital imbabureña sería segunda.

Estadísticas.\_ Hasta el momento en Imbabura se detecta 1 250 casos que son atendidos, las comunidades de Urcuquí, Pimampiro y la zona de Íntag son prioridad. Entre el 2% y 5% aún hace falta cubrir las solicitudes de atención. La estadística nacional coincide con la

provincial, donde el 2.2% de la población tienen algún grado de discapacidad en su mayoría física.

Emprendimientos.\_ La ayuda es integral, a partir del 2014 la Secretaría se enfocará a la inclusión productiva con la inserción laboral, educación y emprendimientos, en este último aspecto, las personas con discapacidad ya emplearon esta actividad. En Cotacachi se genera una panadería y elaboración de un álbum inclusivo fotográfico, en el Juncal está por concretarse una librería, finalmente en Apuela se planifica un proyecto turístico.

Cifras.\_ 425 Personas están identificadas con el pago del bono Joaquín Gallegos Lara (240 dólares) (LA HORA, 2013).

### **2.4.3 CANTÓN DE OTAVALO Y SUS PARROQUIAS**

Cantón. Otavalo, por su número de habitantes, es el segundo cantón con más personas discapacitadas que reciben ayuda del Gobierno. En la provincia de Imbabura, se tiene 436 personas que cobran el Bono Joaquín Gallegos Lara de 240 dólares mensuales, lo que asciende a un monto total superior a los 660 mil dólares al mes, en toda la provincia (Norte, 2014).

Comunidades como Quichinche, Selva Alegre, Ilumán y Otavalo urbano, San Pablo, González Suárez, San Rafael, Miguel Egas (Peguche), Eugenio Espejo, Pataqui han sido atendidas de manera programada para llegar a todos quienes lo necesitan (Coral Caicedo, 2012).

La parroquia González Suárez se encuentra ubicada en el kilómetro 14 al sur de la Ciudad de Otavalo. Referente al número de habitantes es alrededor de 7.000. En la parroquia existe varias fiestas tradicionales entre ellas la más conocida la del Inti Raimy o San Juan que tienen lugar el 24 y 25 de junio, pero específicamente las fiestas parroquiales que tienen como fechas el 24 de marzo al 18 de abril.

Referente a las actividades económicas que son llevadas a cabo por la mayoría de los habitantes de cada una de las comunidades es la agricultura, apicultura, piscicultura, producción y comercialización de productos lácteos, turismo ecológico, turismo comunitario, bordado, artesanal, crianza y reproducción de alpacas.

Las comunidades que cuenta la parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo son: Pijal, Eugenio Espejo de Cajas, San Agustín de Cajas, Mariscal Sucre, Caluquí, Gualacata, Inty Huaycopungo (GPI, 2011).

La localización del lugar de estudio, ha resultado ser de un acceso considerable, sin embargo y pese a las facilidades se pudo observar en forma superficial sobre la cantidad de discapacidad que se sufre la población debido a su localización, sus costumbres e ignorancia sobre su salud.

## **2.5 GRADO DE DISCAPACIDAD**

### **2.5.1 DEFINICIÓN**

Consiste en el reconocimiento administrativo de la situación de discapacidad y el grado de la misma.

La calificación legal de discapacidad, proporciona y reconoce la calificación del grado de discapacidad, puede solicitarse en cualquier momento, por parte de cualquier persona con discapacidad (AEEF, 2012).

### **2.5.2 CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD**

La calificación del grado de discapacidad responde a criterios técnicos unificados, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social.

El grado de discapacidad se expresará en PORCENTAJE. Se reconocen cinco categorías o grados de las limitaciones de la autonomía, ordenados de menor a mayor porcentaje. Cada categoría reconoce un grado de dificultad para realizar las Actividades de la Vida Diaria\*, de manera que el primer grupo incluye las deficiencias permanentes que no producen discapacidad y el último grupo, las deficiencias permanentes severas que suponen, incluso, la dependencia de otras personas:

### **2.5.3 GRADO 1, LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA NULAS**

Aunque la persona presenta una discapacidad, ésta no impide realizar las actividades de la vida diaria. La calificación de esta clase es del 0%.

#### **2.5.4 GRADO 2, LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA LEVES**

Existe dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria, pero el porcentaje de discapacidad está entre el 1% y el 24%.

#### **2.5.5 GRADO 3, LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA MODERADAS**

Hay una gran dificultad o imposibilidad para llevar a cabo algunas actividades, aunque la persona se puede cuidar a sí misma. El grado de discapacidad está comprendido entre un 25% y un 49%.

#### **2.5.6 GRADO 4, LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA GRAVES**

Existe dificultad para algunas actividades de autocuidado y un porcentaje de discapacidad que oscila entre un 50% y un 70%.

#### **2.5.7 GRADO 5, LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA MUY GRAVES**

Es el grado más severo. Las personas afectadas no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria. El porcentaje de discapacidad es del 75%.

En esta clasificación se incluye la evaluación de los sistemas musculoesquelético, nervioso, cardiovascular, hematopoyético y endocrino, así como los aparatos respiratorio, digestivo, genitourinario y visual, la piel, el lenguaje, las neoplasias, el oído, la garganta y las estructuras relacionadas. **NO SE INCLUYE** a las personas con **RETRASO MENTAL**, ya que esta circunstancia cuenta con criterios específicos de evaluación al considerarse que

las deficiencias intelectuales, por leves que sean, ocasionan siempre un cierto grado de interferencia en la realización de las actividades de la vida diaria.

Para la determinación del grado de discapacidad, el porcentaje obtenido en la valoración de la discapacidad se modificará, en su caso, con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios y sin que ésta pueda sobrepasar los 15 puntos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

## **2.6 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)**

### **2.6.1 OBJETIVOS Y DEFINICIÓN DENTRO DE LA CIF**

La CIF es una clasificación basada en el funcionamiento de la persona, y en la que se adopta un modelo universal, integrador e interactivo en el que se incorporan los componentes sociales y ambientales de la discapacidad y la salud.

En ella el concepto de Funcionamiento es un término global que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación. Y el concepto de Discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad, o las restricciones en la participación. También enumera los Factores Ambientales que describen el contexto en el que vive una persona y que interactúan con todos estos constructos. Se puede decir que la CIF ha pasado de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" a ser una clasificación de "componentes de salud".

## 2.6.2 OBJETIVOS DE LA CIF

Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los "outcomes" y los determinantes.

Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre los distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, gestores sanitarios y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades. (manuela cresco).

Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.

Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Según el instituto universitario de integración en la comunidad el funcionamiento de una persona en un dominio específico se entiende como una interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, ya sean estos ambientales o personales, de manera que la intervención en un elemento va a modificar uno o más de los otros elementos. (manuela cresco, pág. 6)

**Objetividad:** La cual determina que el diagnóstico es el resultado del análisis del movimiento humano.

**Homogeneidad:** Para el análisis del movimiento humano se utilizan categorías específicas.

**Fiabilidad:** Esta característica permite entender como en el diagnóstico diversos profesionales utilizando la misma estrategia de evaluación deberán obtener los mismos resultados.

Por tal motivo el diagnóstico fisioterapéutico debe dar respuesta a dichas categorías, estableciendo una relación con factores que se encuentran en el contexto y las condiciones del mismo, según Sandra Hincapié en su investigación sobre la discapacidad en grupos vulnerables. (Sandra M Hincapié G\*, 2010, págs. 2-3)

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Para que lo entendamos mejor:

Una **deficiencia** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). (Juan Antonio Fernández-López (1))

## **2.7 MARCO LEGAL Y JURÍDICO**

Constitución de la República del Ecuador

Título VII Régimen del Buen Vivir

Capítulo primero

Sección segunda

Salud

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

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

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en

la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

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

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la Información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

1. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
2. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
3. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.(Constitución de la República del Ecuador , 2008)

### **2.3.1 Objetivo Nacional para el Buen Vivir**

**Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad.**

El reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. El desafío es avanzar hacia la igualdad plena en la diversidad, sin

exclusión, para lograr una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social, atención especializada y protección especial.

Entre los deberes primordiales del Estado se encuentran la garantía sin discriminación del efectivo goce de los derechos, la erradicación de la pobreza y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza (Constitución, art. 3). En adición a esto, se establece el principio de igualdad y no discriminación, así como la garantía del ejercicio, la promoción y la exigibilidad de derechos, de forma individual y colectiva (art. 11). Además, se reconocen las acciones afirmativas que auspicien la igualdad real, a favor de las personas que se encuentren en situación de desigualdad. Por otro lado, se define la igualdad formal, la igualdad material y la no discriminación como derechos de libertad (art. 66). En este sentido, son principios de la política pública la equidad y la solidaridad como mecanismos (re) distributivos para alcanzar la igualdad en los resultados (art. 85). El Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social es el “conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos establecidos en la Constitución” (art. 340) y esta articulado al Plan Nacional de Desarrollo y al Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa. Los principios que guían al sistema son los de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación y funcionan bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

El Estado generara, a través de sistemas especializados, “las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizara su acción hacia aquellos grupos que requieren consideración

especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad”(art. 341).La Revolución Social contemplada en el Programa de Gobierno 2013-2017 exige el fortalecimiento de las políticas de generación de capacidades y oportunidades con la garantía y la protección de derechos.

Los derechos no son favores ni privilegios. El cambio de época que vive el país demanda garantizar la igualdad en la diversidad y la erradicación progresiva de condiciones de pobreza, ya que constituyen fenómenos multidimensionales de carencias, violencia y desigualdad inaceptables. Partiendo de los avances logrados en los últimos seis años y medio de gobierno (que se presentan a continuación), para el periodo 2013-2017 se plantea profundizar la igualdad real y avanzar en la erradicación de la pobreza, mediante la garantía de derechos, la inclusión económica y social, la (re) distribución de la riqueza, la democratización de los medios de producción y la consolidación de mecanismos de protección integral a lo largo del ciclo de vida (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Según el análisis y el alcance de los resultados, este estudio se considera descriptivo, ya que brinda la facilidad de ser empleado en gran variedad, debido a que esta investigación se aplicó un censo a las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo del Cantón de Otavalo de la Provincia de Imbabura. Como objetivo fué medir una serie de características de dichas comunidades en un determinado momento como: identificación personal, localización y vivienda, caracterización y origen de discapacidad, educación, participación en actividades personales y comunitarias, trabajo y otras características que se consideren relevantes o de interés para el estudio. A partir de esta investigación se eligió una agrie de conceptos a medir, que también se denominaron “variables” y que se refieren a conceptos que pueden adquirir diversos valores.

Además esta investigación es explicativa, no sólo porque describe o se acerca al problema sino que se buscó la explicación del comportamiento de las variables detectadas. Se analizó aspectos en forma individual para luego relacionar con los factores que incrementaron los datos estadísticos. Esto a su vez nos llevó a una investigación correlacional por la razón de que existen variaciones entre uno y varios factores. La existencia y fuerza de esta covariación normanlmente se determina estadísticamente por medio de coeficientes de correlación, debido a que se encontró varios aspectos que

influenciaban en los ítems de la encuesta aplicada dando una reseña de relación entre dichos aspectos sociales, económicos, culturales y educativos.

Ahora hay que considerar que de acuerdo al estudio de la problemática también se necesitó pasar el estudio del fenómeno por la investigación exploratoria debido a que cuando nuestro conocimiento del tema es tan vago e impreciso que se ha impedido sacar las más provisionales conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no.

### **3.2 DISEÑO DE ESTUDIO**

Según el periodo y la secuencia este estudio se considera transversal, este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado. La principal ventaja de este tipo de estudio es que son prácticos, económicos, de rápida ejecución y fácil control al aplicar esta investigación en un tiempo dado, que es en el periodo comprendido de enero a junio del 2014.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

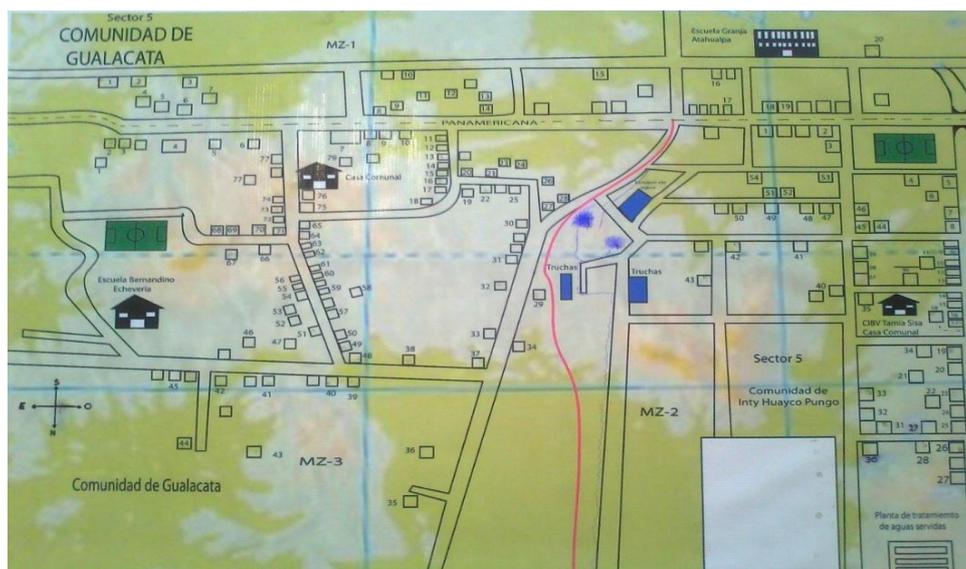
Se trabajó con todos los pobladores de las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo de ahí que nuestra población total es de 791 personas del cual el 9% equivale a 68 personas las cuales presentaron cualquier tipo de discapacidad de las tres comunidades seleccionadas, las cuales han llegado a ser la muestra para nuestro estudio.

El objeto de estudio fueron las personas que presentaron cualquier tipo de discapacidad y que viven en las comunidades estudiadas, junto al uso de las herramientas tales como la

observación y la encuesta. De esta manera se les incluiría en nuestro trabajo de investigación para la georeferenciación por medio del GPS y la encuesta ya formulada.

Para el diagnóstico georeferencial de discapacidades en zonas rurales, trabajamos conjuntamente estudiantes de la carrera de terapia física médica, con los contribuyentes al proyecto y de igual forma que nuestra tutora.

Las personas que no fueron incluidos en nuestro trabajo de investigación son los que no presentan ningún tipo de discapacidad o que vivan fuera de las comunidades ya seleccionadas, ya que esto influenciaría en la obtención de datos reales.



**FUENTE:** Municipio de Otavalo.

### 3.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Dentro del estudio del tema de investigación se ha encontrado con algunas variables pero se ha seleccionado con suma importancia a las más sobresalientes en base a

sus factores reales y a la percepción de una ayuda futura en algunos aspectos y para brindar información más detallada para muchos beneficiados.

En cuanto a las variables tenemos las de mayor relevancia siendo la Edad, Género, Etnia, Aspecto socioeconómico, Costumbres, Nivel de Educación, Servicios de Salud, Limitaciones en el desarrollo en la sociedad o laboral, Condición de salud bajas, Barreras que le impiden desarrollar sus actividades con mayor autonomía, Número de personas con Discapacidad, Disminución en la calidad de vida, Número de personas con Discapacidad, tipos de Discapacidades: Auditiva, Visual, Física y Disminución en la calidad de vida, Limitaciones en el desarrollo en la sociedad o laboral. Estas variables nos resulta de mayor acceso a los estudios sobre la georeferenciación de discapacidad en las zonas rurales, siendo este el punto de partida de la investigación por sus escasos estudios investigativos, la cual resulta tener como efecto el análisis de los datos cuantitativos que evidencien la realidad social, cultural, económica y educativa de las personas con discapacidad de las comunidades estudiadas.

Dentro del estudio se logra implementar mayor conocimiento sobre la georeferenciación para los interesados del tema así también como para los estudiantes.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

##### Variable Independiente

Discapacidad

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN
Discapacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de Discapacidades: Auditiva, Visual, Física y Psíquica</li> <li>- Ineficiente conocimiento sobre su discapacidad, origen y cuidados.</li> <li>- Discapacidades diagnosticadas a tiempo.</li> <li>- Ausencia de centros de rehabilitación cercanos.</li> <li>- Orientación o capacitación para una mejor calidad de vida.</li> <li>- Uso de ayudas especiales, prótesis o medicamentos.</li> <li>- Aspectos social, económico, cultural y educativo.</li> <li>- Bajos recursos económicos.</li> <li>- Escasos estudios georreferenciales orientados a la discapacidad para una mejor inclusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuesta</li> <li>-GPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pobladores</li> <li>- Estudiantes</li> </ul>

## Variables Dependientes

Aspectos sociales, económicos y educativos

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>
Aspectos sociales, económicos y educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Género</li> <li>- Etnia</li> <li>- Ruralidad</li> <li>- Nivel de educación</li> <li>- Limitación o barreras en el desarrollo de actividades.</li> <li>- Condición de salud</li> <li>- Ingresos ecocómicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- GPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pobladores</li> <li>-Estudiantes</li> </ul>

Georeferenciación

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>
Georeferenciación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latitud</li> <li>- Altitud</li> <li>- Longitud</li> <li>- Coordenadas</li> <li>- Ubicación espacial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- GPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pobladores</li> <li>-Estudiantes</li> </ul>

### **3.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

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

Principalmente se aplicó una encuesta cubriendo en su totalidad las tres comunidades seleccionadas, como finalidad de la encuesta fue recolectar datos reales y directos de cada una de las personas con discapacidad o de sus familiares a cargo, detectando así el fenómeno y los factores que intervienen, en la cual se prescribió preguntas relacionadas con el tema de estudio, y en el cual existió la participación de los investigadores con la población estudiada.

La encuesta constó de una serie de preguntas: Generales, abiertas, cerradas, dicotómicas, politómicas de opinión múltiple, etc. Las preguntas fueron previamente formuladas con el objetivo de recoger información que nos trasmite aspectos relevantes de interés acerca al estilo de vida de cada persona con discapacidad y su realidad social, cultural, económica y educativa.

El uso tecnológico aportó en su totalidad debido a que la encuesta no se ha efectuado de la forma clásica sino que se usó la tecnología avanzada de la aplicación Odk.Collect en un teléfono inteligente, esto facilitó al almacenamiento de los datos para su análisis y estudio en forma gráfica y ordenada.

Además se utilizó como herramienta al paquete utilitario Microsoft Excel y Epi info, estos a su vez facilitaron el análisis y la interpretación clara de cada uno de los resultados obtenidos y así se transmitió de una forma clara, precisa y ordenada a hacia la sociedad de

un presente útil como un aporte eficaz en el campo de la terapia física que puede ser utilizado en el futuro para poder mejorar la calidad de vida de las personas. Este software nos ha resultado práctico para la recolección de datos estadísticos y su organización.

Y finalmente el uso del GPS se ha convertido en esta etapa de la investigación, un pilar fundamental por lo que después de haber detectado a las personas con discapacidad en los sectores encuestados recurrimos al GPS para lograr una localización más exacta debido a la localidad, facilitando así para los futuros estudios que deseen ser aplicados en dichas localidades. Todo esto fue con la finalidad de poder encontrar a la persona con discapacidad en el lugar de residencia facilitando así la inclusión al Programa de Terapia Física en Discapacidad, llevado a cabo por la prestigiosa Universidad Técnica del Norte, sus docentes y estudiantes. Para ello las coordenadas fueron enviadas al blog del mismo programa para usos futuros.

### **3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

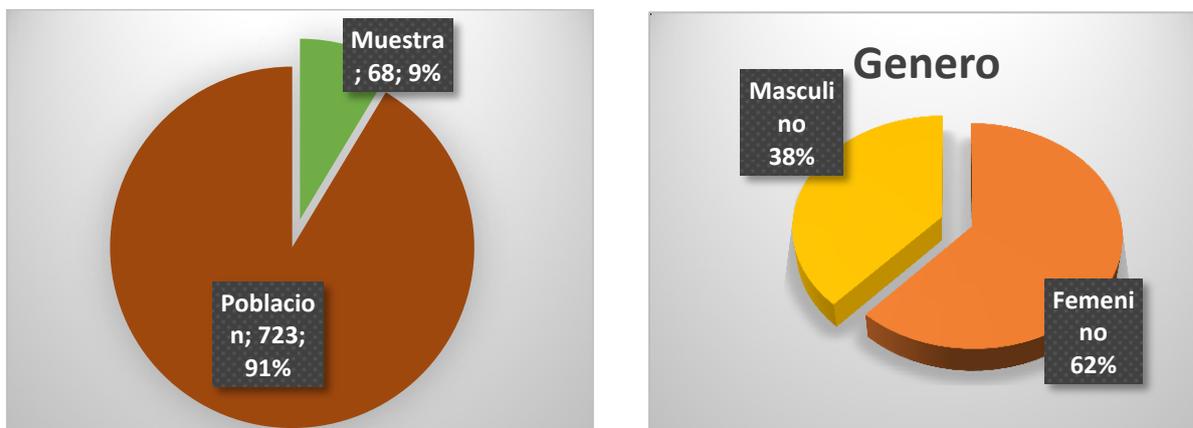
La encuesta utilizada en el estudio está basada en la herramienta denominada “Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Plan Nacional de Atención a las personas con Discapacidad de la Republica de Colombia”. Instrumento que fue adaptado y validado por docentes de la carrera de Terapia Física Medica, Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de Febrero del año 2014 y revisado por expertos en Discapacidad.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Dentro del análisis de los resultados, se pretende hacer conciencia de un hecho social que llega a ser la discapacidad, con ese fin se ha aplicado la una encuesta en forma directa a los pobladores de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo, todas las comunidades de la Parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo de la Provincia de Imbabura.

**Grafico 1** (Anexo 1).- Genero



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

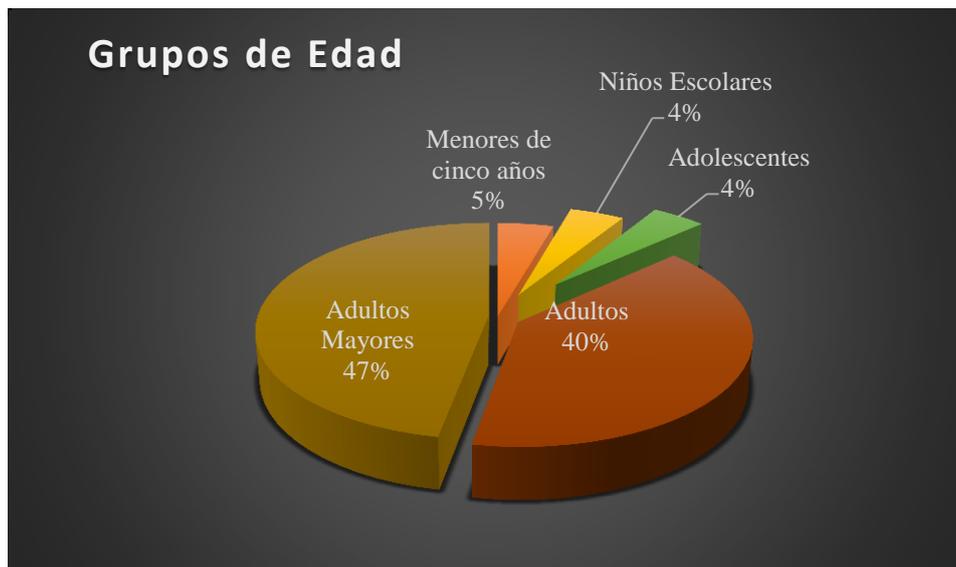
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Fuente:** Población por área, según provincia, cantón, parroquia y grupos étnicos [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com),

**Responsables:** INEC, Ilustre municipalidad de Otavalo

**Análisis:** En esta grafica se determinó, que nuestra población está comprendida por 791 pobladores, de la cual nuestra muestra sometida a investigación corresponde a 68 personas con discapacidad, de las cuales el 62% corresponde al género femenino, el restante corresponde al 38% del género masculino.

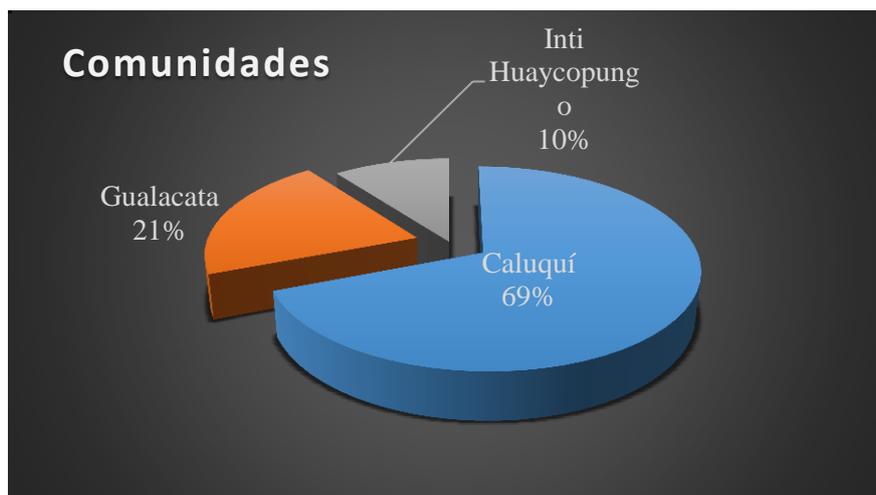
**Grafico 2** (Anexo1).- Grupos de edades, Comprendidas en 5 rangos:



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En esta grafica se determinó que el 5% de los pobladores tenían edades menores de 5 años, el 4% edades entre los 5 y 10 años, niños escolares, el 4% representa edades entre 10 a 19 años adolescentes, el 47% edades que oscilan entre 19 y 65 años corresponde a los adultos, y el 40% restante adultos mayores de 65 años en adelante.

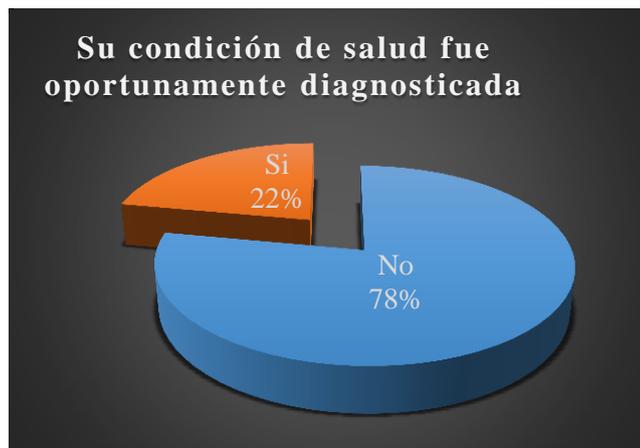
**Grafico 3** (Anexo1).- Comunidades

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En lo que se referente a las comunidades investigadas, la mayor población con discapacidad es la comunidad de Caluquí en un 69%, el 21% corresponde la comunidad de Gualacata ,10% restante pertenecía a Inti Huaycopungo.

**Grafico 4** (Anexo 2).- Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Según la tabla anterior se indica que en su mayoría con un porcentaje de 78% indicaron que su discapacidad no ha sido diagnosticada a tiempo.

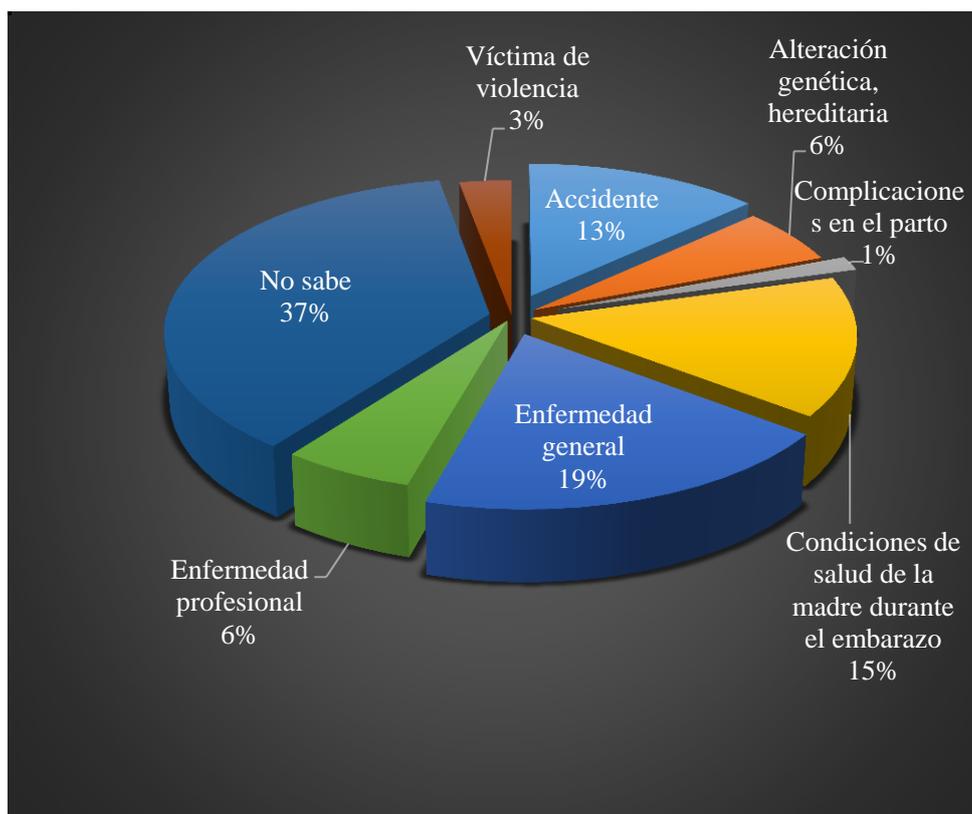
**Grafico 5** (Anexo2).- Sabe cuál es el origen de su discapacidad.



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis.-** Relacionado al conocimiento por parte de las personas con discapacidad sobre el origen de su discapacidad el 56% desconoce de su discapacidad mientras que sólo el 44% sí conoce sobre el origen de su discapacidad.

**Grafico 6** (Anexo3).- Causas de la discapacidad

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

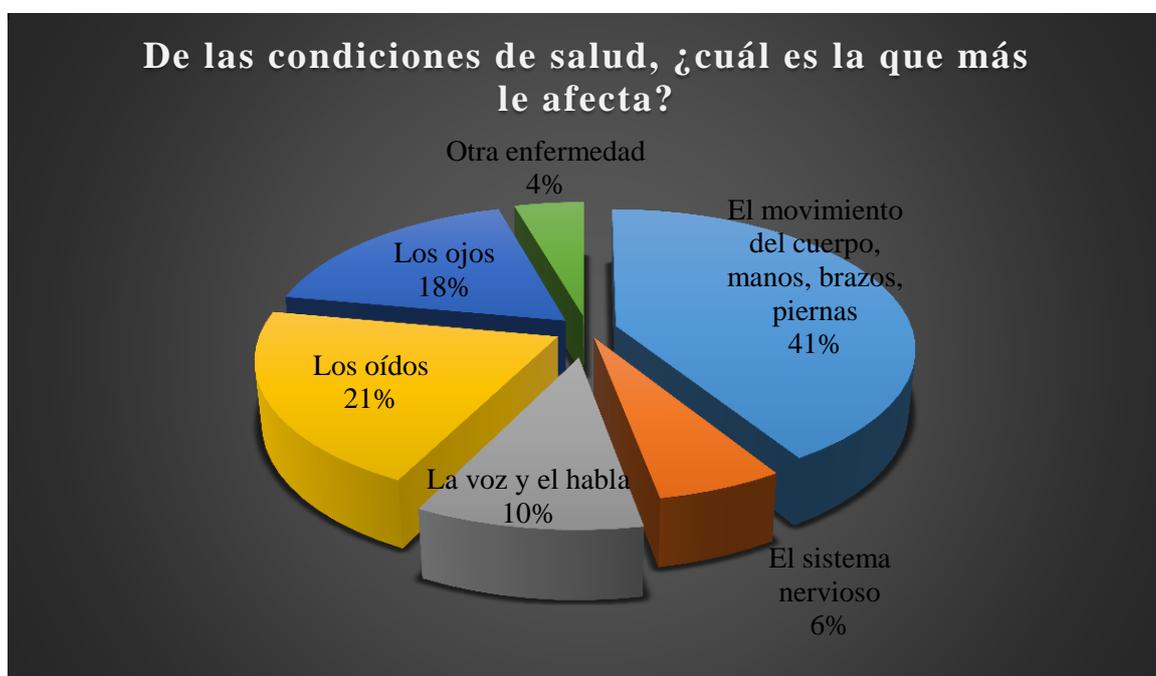
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis** Esta grafica evidenció el 37% desconoce la consecuencia de su discapacidad, el 19% fue por alguna enfermedad general, otra causa considerable son las condiciones de salud de la madre durante el embarazo con el 15%, este porcentaje no es elevado pero cabe recalcar que dentro de las comunidades debido a sus costumbres deciden las madres en gestación no recurrir a ningún tipo de control médico, como otra causa de la discapacidad tenemos al accidente en un 13% del cual llega a ser el 10,3% accidentes dentro del hogar siendo este el de mayor incidencia; otra causa llega a ser alteraciones genéticas hereditarias en un 6% dando por el matrimonio intrafamiliar debido a una sobrepoblación, otra causa común es por causa de enfermedad profesional con un 6% del cual llega a ser debido a la

carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos) con el 3%; en la actualidad debido al machismo se indica que ha sufrido como víctima de violencia intrafamiliar.

Las últimas causas comunes de acuerdo a la encuesta aplicada, que son el consumo de psicoactivos, desastres naturales y por conflicto armado no se han detectado ninguna causa de discapacidad.

**Gráfico 7**(Anexo 4).- Condiciones de salud más afectadas



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Dentro de las condiciones de salud con mayor afección dentro de nuestra investigación tenemos que en un 41% es afectado el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguido por 21% afección a los oídos, 18% afección en los ojos, el 10% representa afecciones de la voz y el habla, el 6% sufre de afecciones a nivel del sistema nervioso y que el 4.4% existe otro tipo de enfermedad.

**Grafico 8** (Anexo5).- Condiciones de salud que más afectan, en relación con el género femenino

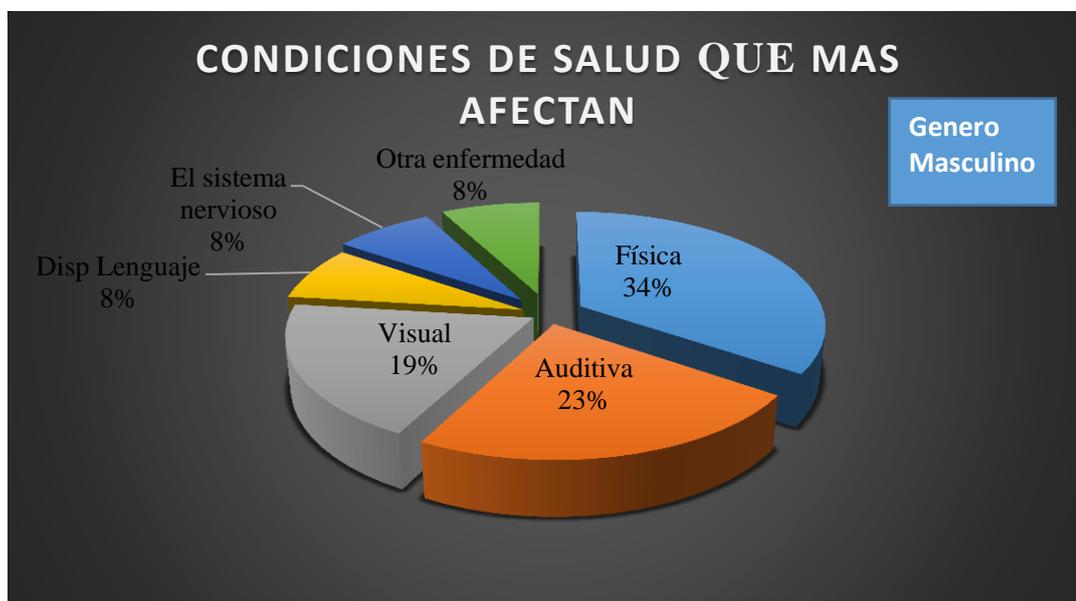


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Dentro de nuestra muestra de investigación sobre la relación entre las condiciones de salud sobre el género femenino, se determinó que el 45% tuvo una afectación física, mientras que 19% evidencio una afectación auditiva, el 17% un afectación visual, el 12% una discapacidad de lenguaje, el 5% tubo afecciones del sistema nervioso, mientras que 2% restante comprende a otro tipos de enfermedad.

**Grafico 9** (Anexo5).- Condiciones de salud que más afectan, en relación con el género Masculino

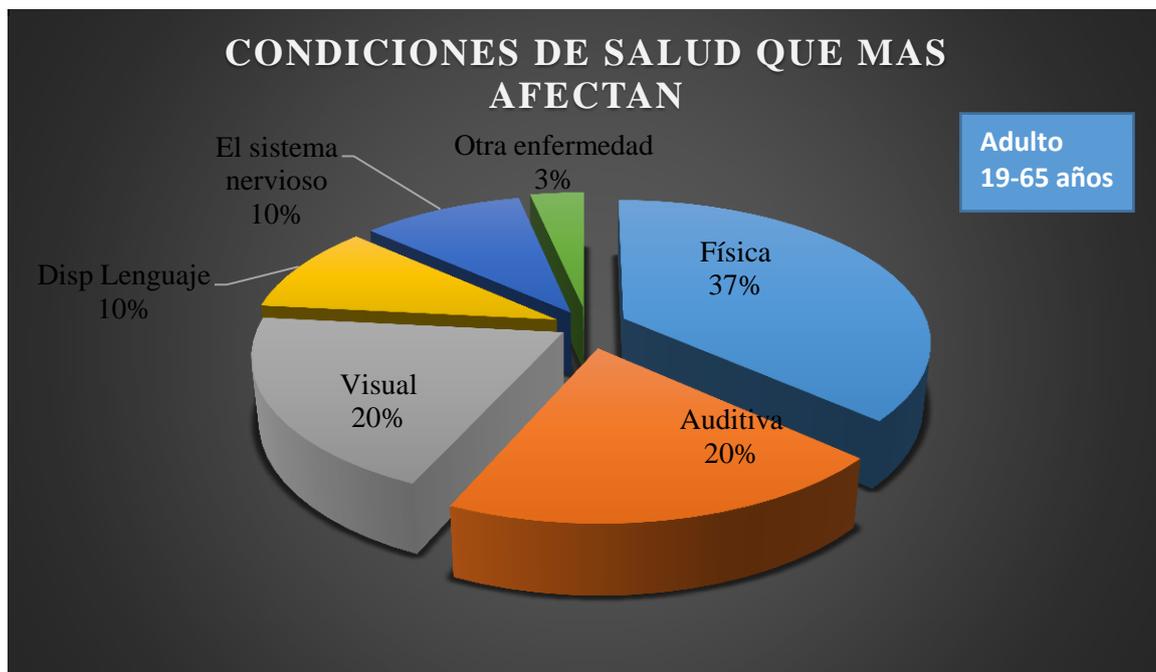


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Dentro de nuestra muestra de investigación sobre la relación entre las condiciones de salud sobre el género masculino, se determinó que el 34% tuvo una afectación física, mientras que 23% evidencio una afectación auditiva, el 19% un afectación visual, el 8% una discapacidad de lenguaje, el 8% tubo afecciones del sistema nervioso, mientras que 8% restante comprende a otro tipos de enfermedad.

**Grafico 10 (Anexo 6).**- Condiciones de salud que más afectan, en correlación al adulto rango de edad 19 a 65 años.

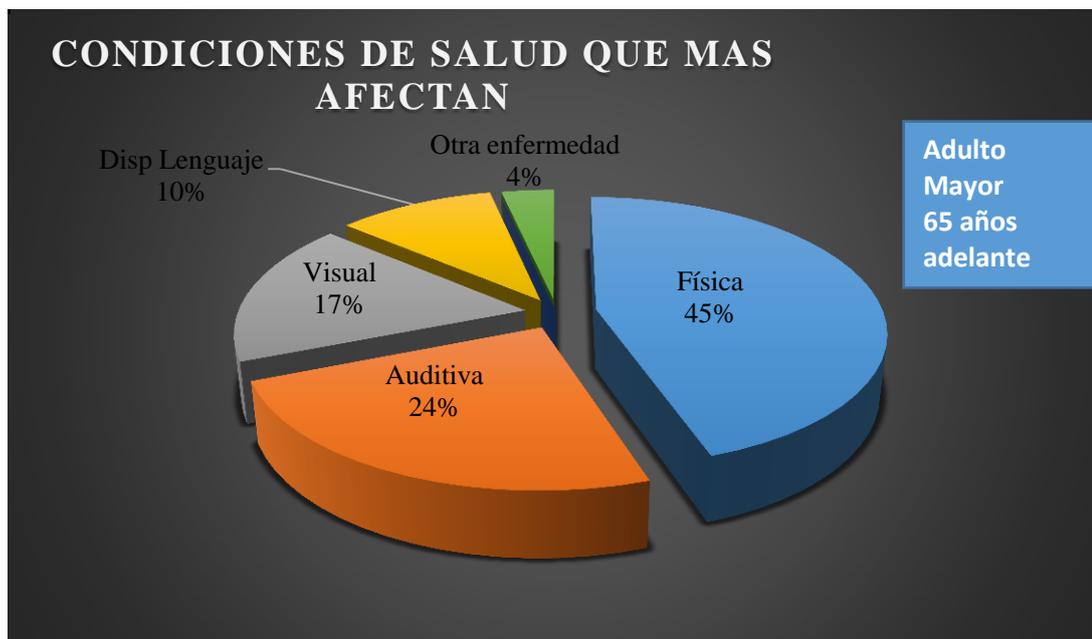


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En esta grafica se evidenció, las diferentes condiciones de salud, la correlación sobre la población de adultos que se representa con 37% de discapacidad física, el 20% comparten tanto la afectación auditiva y visual, el 10% de igual forma comparten problemas de sistema nervioso y discapacidad del lenguaje, por último el 3% es referente a otra enfermedad.

**Grafico 11(Anexo 6).**- Condiciones de salud que más afectan, en correlación al adulto mayor rango de edad de 65 años en adelante.

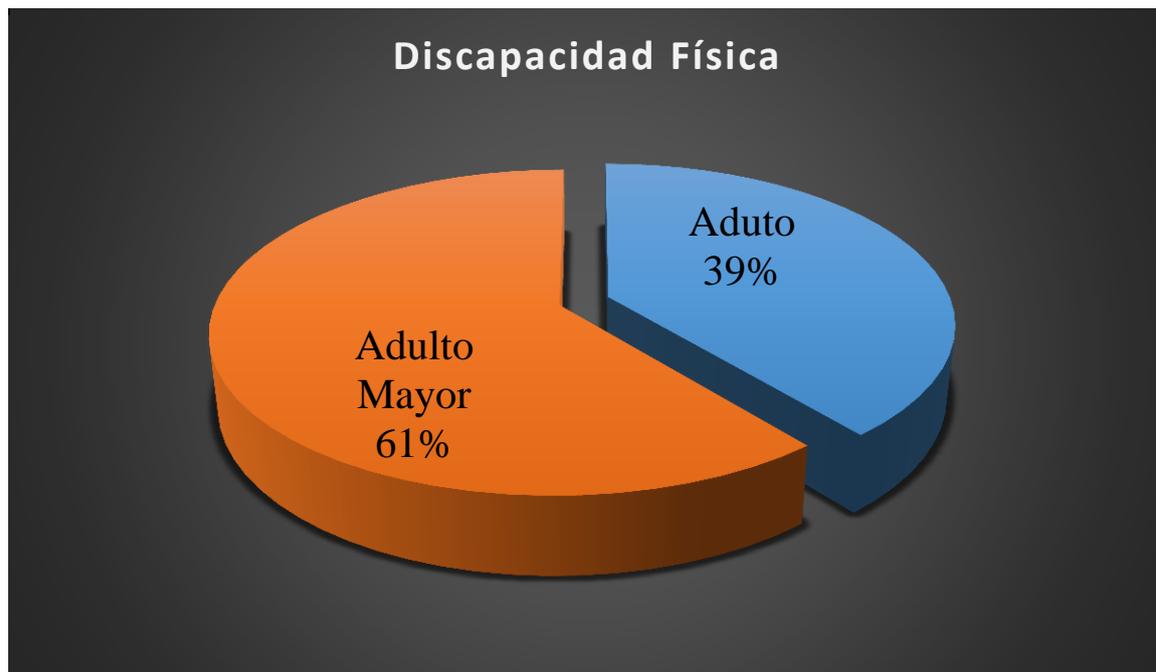


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** De la población sometida a la investigación, las diferentes condiciones de salud, la correlación sobre la muestra de adultos mayores que se representa con 45% de discapacidad física, el 24% afectación auditiva, 17% se refiere al tipo de discapacidad visual, mientras que el 10% corresponde a discapacidad del lenguaje el restante es de 4% es referente a otra enfermedad.

**Grafico 12(Anexo 7).**- Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (discapacidad física) en relación con el grupo más afectado.

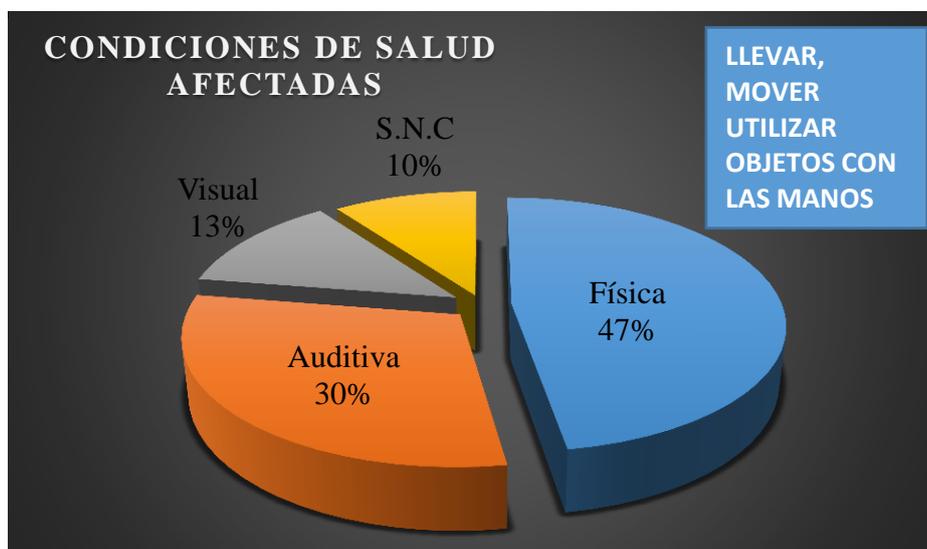


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Referente a nuestra investigación sobre el movimiento físico, la cual se ha relacionado también con la edad que presentan las personas con discapacidad; entre las cuales se ha detectado en el estudio, que se presenta la condición de salud del movimiento físico que representa con el adulto es de 39% de discapacidad física en el rango de edad de 19 a 65 años de edad y el restante se refiere al 61% de discapacidad que afecta al adulto mayor dicho porcentaje se encuentra en la edad de pasados los 65 años, de esta manera indicamos que esta variable continúa siendo la de alto índice en relación a toda la investigación llevada.

**Grafico 13**(Anexo8).- Actividades diarias presenta dificultades para: llevar, mover, utilizar objetos con las manos.

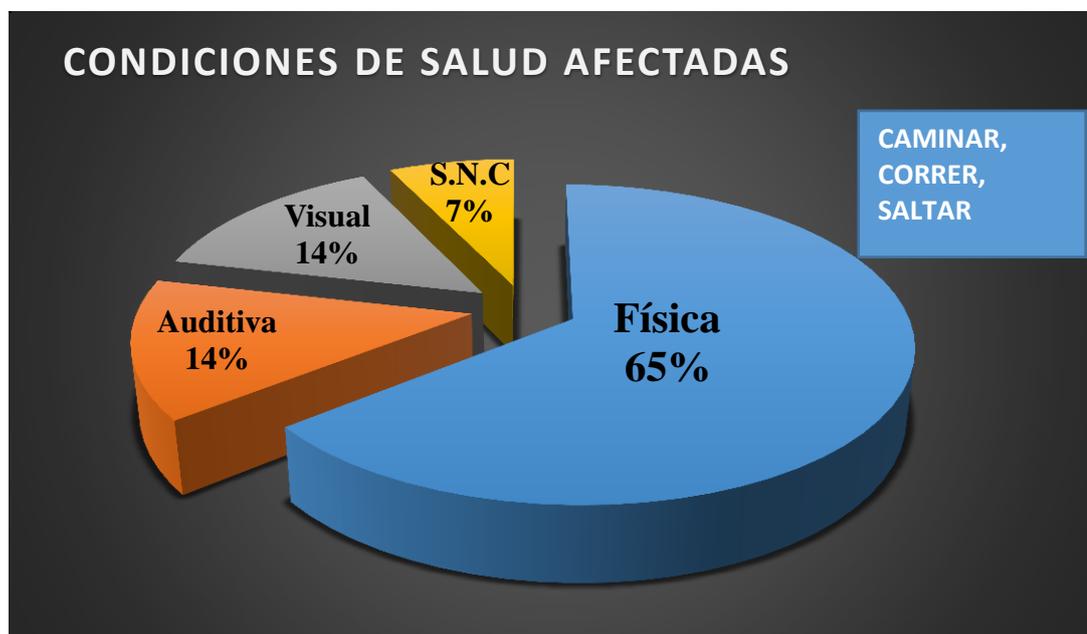


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En la respectiva grafica se pudo evidenciar que, los diferentes pobladores poseen dificultades para poder desenvolverse con autonomía propia, ya que presentaron diferentes tipos de discapacidad para poder llevar, mover, utilizar objetos con las manos, sobresaliendo la discapacidad física con el 47%, discapacidad auditiva el 30% discapacidad visual con el 13% y el restante 10% al sistema nervioso central.

**Grafico 14**(Anexo9).- Actividades diarias presenta dificultades para: caminar, correr y saltar.

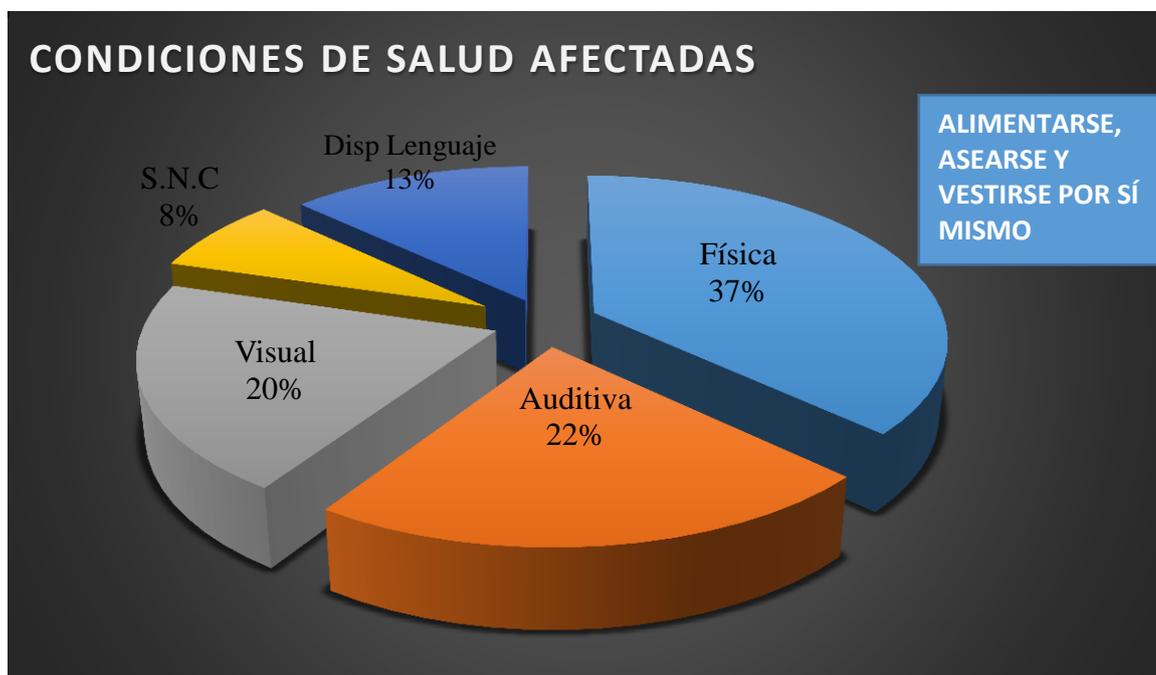


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Dentro de las condiciones de salud afectadas en correlación con las actividades de caminar saltar y correr prevalece la discapacidad física con el 65% de afectación, tanto la discapacidad auditiva y la discapacidad visual comparte el mismo porcentaje de 14% el restante se refiere al 7% de afectaciones del sistema nervioso.

**Grafico 15** (Anexo9).- Actividades diarias presenta dificultades para: alimentarse, asearse y vestirse por si mismo.

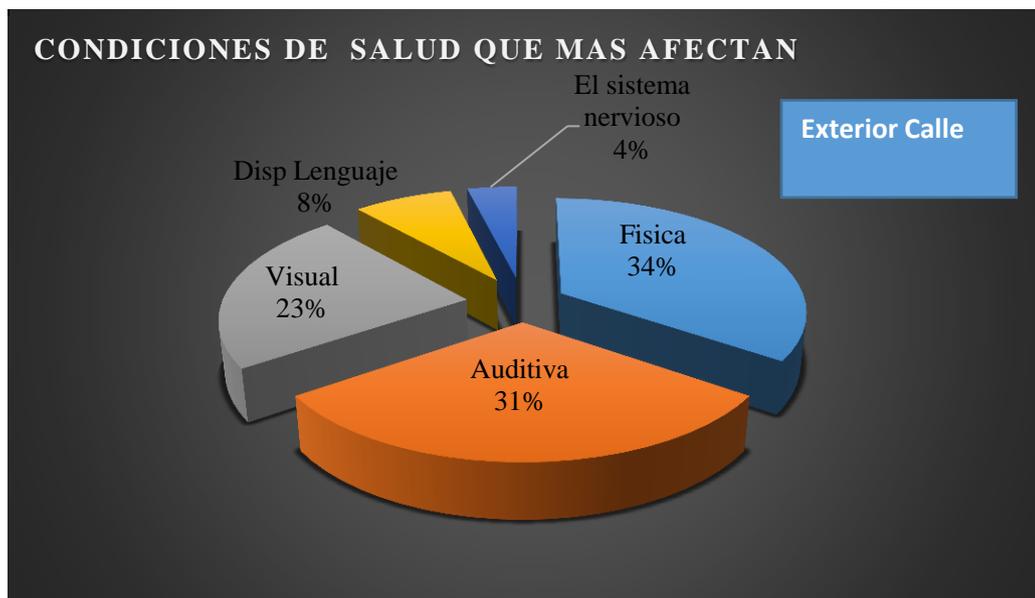


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En la respectiva grafica se pudo evidenciar que, los diferentes pobladores poseen dificultades para poder desenvolverse con autonomía propia, ya que presentaron diferentes tipos de discapacidad para alimentarse asearse y vestirse por sí mismo sobresaliendo la discapacidad física con el 37%, discapacidad auditiva el 22% discapacidad visual con el 20% el 8% al sistema nervioso central el restante se refiere a discapacidad del lenguaje.

**Grafico 16** (Anexo10).-Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a condiciones de salud y exterior calle.

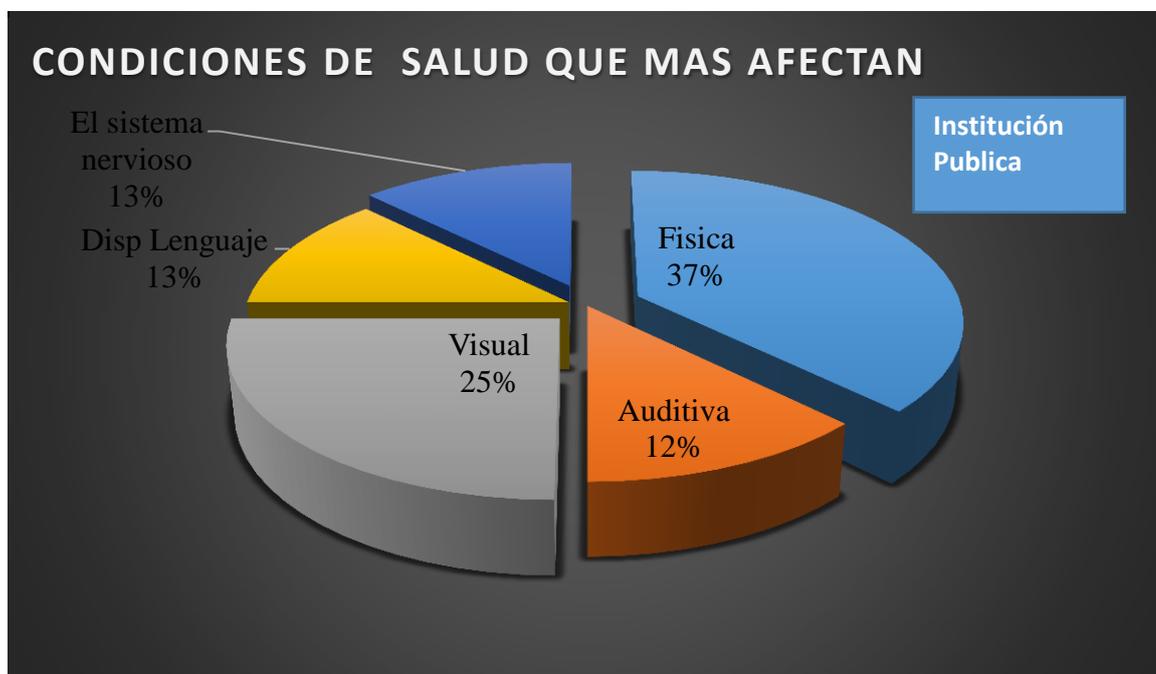


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** De acuerdo a la tabla estadística, se perciben porcentajes altos indicando que la variable de las condiciones de salud que llega a ser el de mayor prevalencia es el de movimiento del cuerpo, dicha condición ha presentado nuevamente números altos en relación a los demás estudios, confirmando así que el movimiento físico presenta a todo el entorno como un medio de barreras para que las personas que presenten discapacidad y de la cual afecte principalmente al movimiento físico, ante ello presentan barreras en el exterior de la calle con un porcentaje de 34%, discapacidad auditiva con el 31%, discapacidad visual representa el 23%, discapacidad para el lenguaje con el 8% y por último el sistema nervioso.

**Grafico 17** (Anexo10).-Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a condiciones de salud e instituciones públicas.

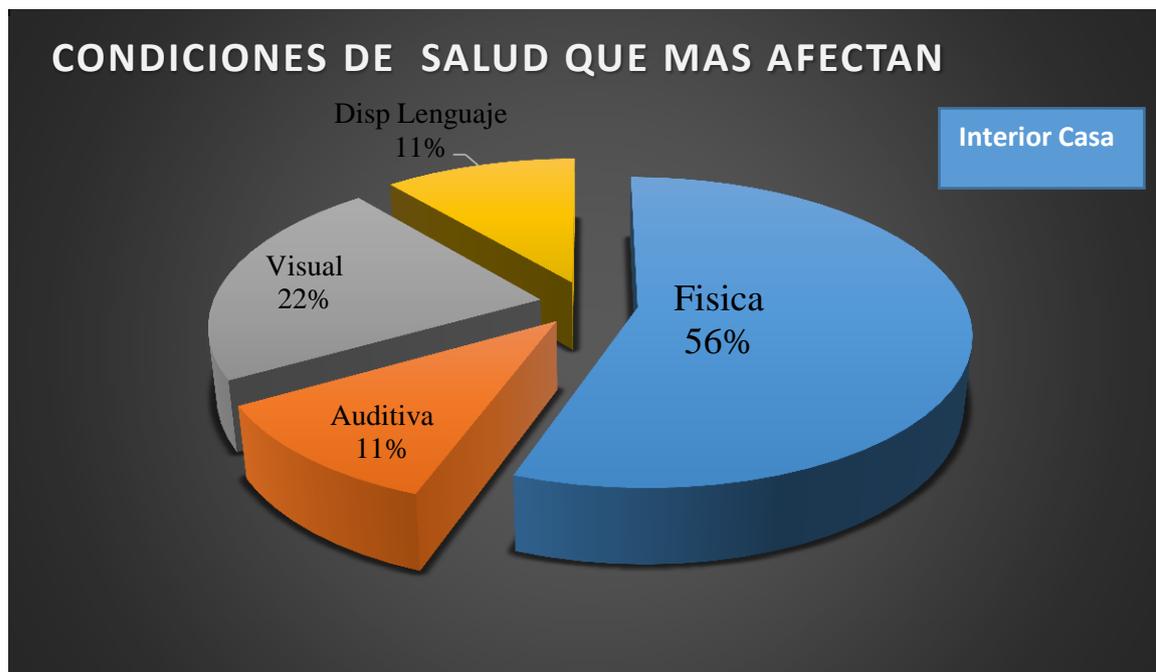


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Del grupo de personas sometidas a la investigación sobre las barreras que impiden ser una forma independientes en instituciones públicas el 37% corresponde a discapacidad física, la discapacidad visual con el 25%de afectación, discapacidad auditiva con el 12%, por último la discapacidad del lenguaje y el sistema nervioso central comparten el mismo porcentaje de 13%.

**Grafico 18** (Anexo10).-Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a Interior de la casa.

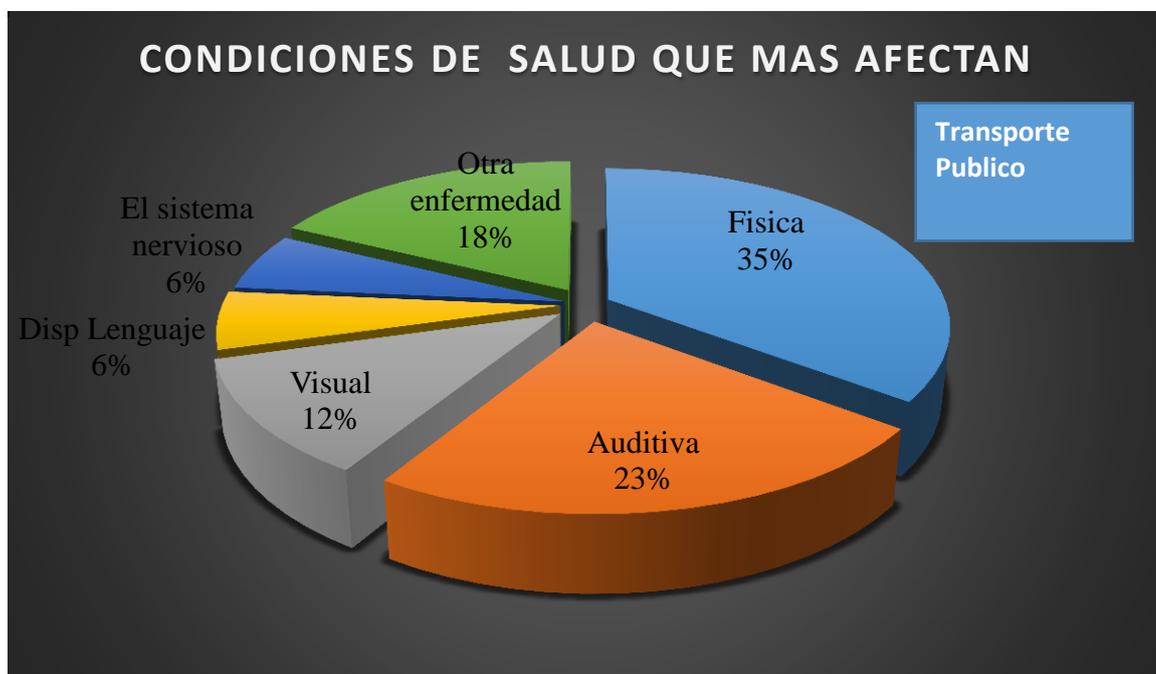


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Como podemos evidenciar según el gráfico entre las condiciones de salud y las barreras que existen en el interior de la casa, la discapacidad física se representa con el 56% de afectación el 22% representa a discapacidad visual, la discapacidad auditiva es de 11% y por último tenemos con el 11% a discapacidad del lenguaje.

**Grafico 19** (Anexo10).-Barreras que impiden desenvolverse con autonomía en relación a transporte publico

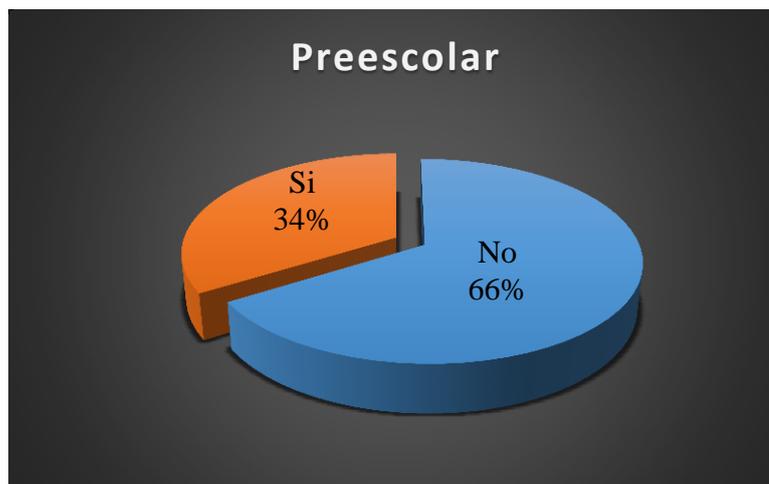


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis** De acuerdo a la tabla estadística, se perciben porcentajes sobre las diferentes afectaciones físicas en relación con el transporte público. Obtuvimos un porcentaje de 35% de afectaciones a nivel de discapacidad física, 23% de afectaciones de discapacidad auditiva, el 12% a la discapacidad visual, compartiendo el mismo porcentaje del 6% la discapacidad del lenguaje y el sistema nervioso, el restante corresponde a 18% de afecciones a otra enfermedad.

**Grafico 20** (Anexo11).- Nivel de educación.

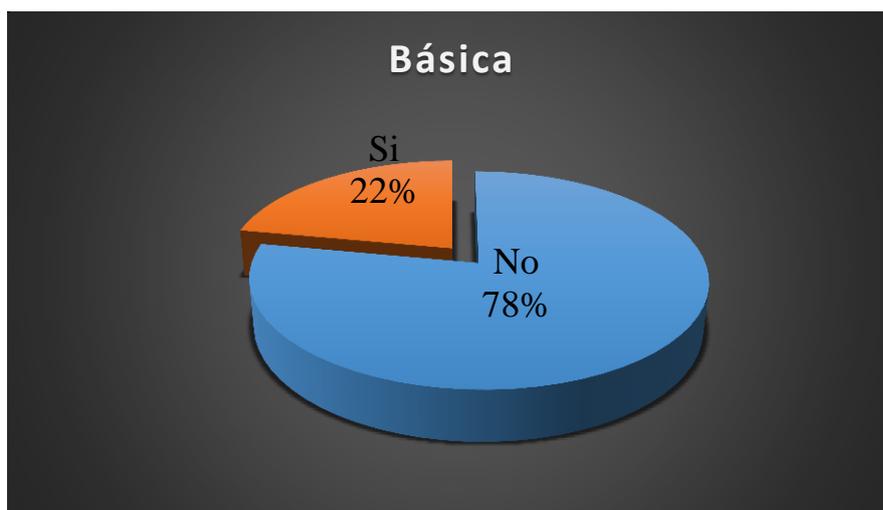


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Considerando que el territorio investigado forma parte de un sector rural, se estima que en su mayoría los pobladores de dichos sectores han logrado culminar los estudios preescolares con 34%, mientras que el 66% no tuvo ninguna educación.

**Grafico 21** (Anexo11).- Nivel de educación.

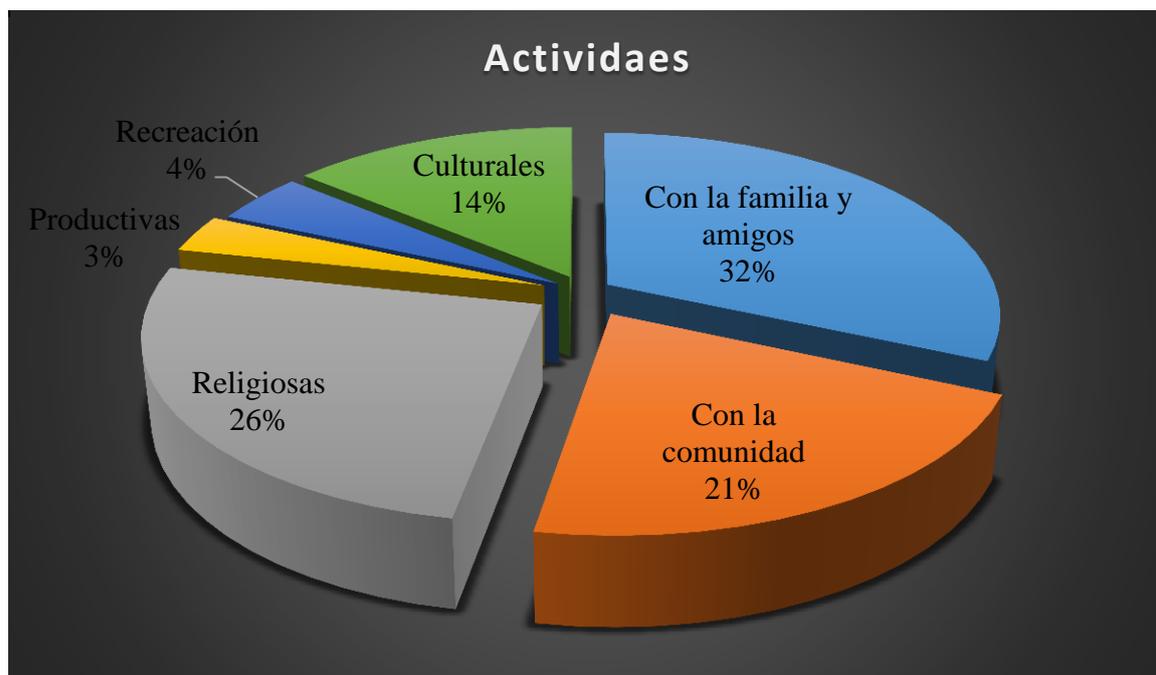


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** en esta grafica se determinó que el 22% de los pobladores tenían aprobado solo el nivel de instrucción básica, mientras que el 78% aporta con un gran porcentaje de analfabetismo. Dentro de los cuales cave recalcar que en nuestra investigación no encontramos datos estadísticos sobre personas que hayan terminado estudios superiores, bachillerato y de posgrado.

**Grafico 22 (Anexo12).- Participa en actividades.**

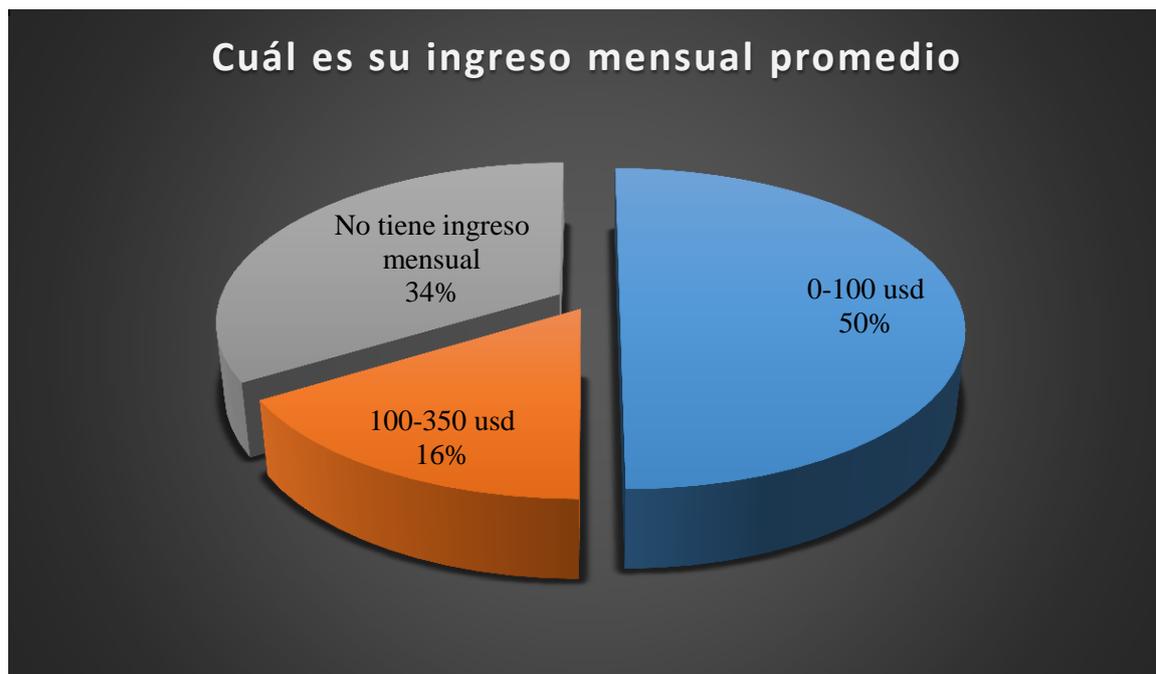


**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Pese a la presencia de cualquier tipo de discapacidades en su mayoría los pobladores han sido incluidos en diferentes actividades como en el 32% participan en actividades de familia y amigos; el 21% con la comunidad; el 26% en actividades religiosas; el 3% en actividades productivas; 4% en actividades deportivas; el 14% actividades culturales. Todos sus porcentajes son relacionados al tipo de discapacidad que presente para poder realizar diferentes actividades dentro de sus destrezas.

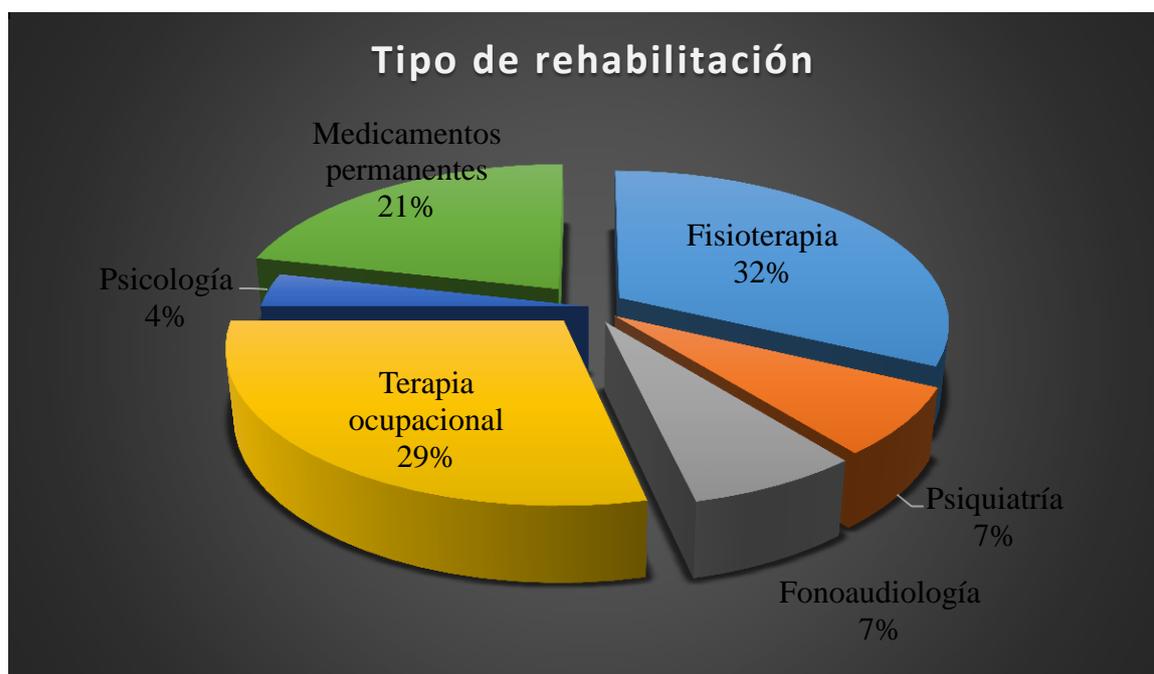
**Grafico 23** (Anexo13).- Cuál es su ingreso mensual promedio



**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** En su mayoría el 50% aportan con un ingreso mensual promedio de 0 – 100 dólares por ser considerado como ingreso económico al bono del Desarrollo Humano; el restante 16% su ingreso mensual está dentro de la canasta básica de 100 – 350 dólares; el 34% no cuenta con ingresos mensuales debido a que son dependientes de familiares.

**Grafico 24** (Anexo13).- Tipo de rehabilitación

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Análisis:** Referente a el tipo de rehabilitación que se les ha ordenado a las personas que presentan discapacidad existe el 32% a fisioterapia, el 7% psiquiatría, el 7% a fonoaudiología, 29% terapia ocupacional, 4% psicología, 21% medicamentos permanentes; La rehabilitación en optometría y en trabajo social no se ha detectado porcentajes.

Hay que considerar que dentro de los porcentajes, en su mayoría no ha existido ningún tipo de control médico o a su vez desconocen del servicio de rehabilitación los cuales forman parte del resto del porcentaje negativo.

## 4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de los resultados que se ha obtenido de toda la investigación se determinó que el total de la población son 791 personas pertenecientes a las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo de la parroquia de González Suárez del Cantón de Otavalo de la provincia de Imbabura, de lo cual se detectó la muestra de 68 personas que presentaron cualquier tipo de discapacidad y las cuales representan el 9% del número total de pobladores.

La investigación fue llevada a cabo en los territorio rurales de la provincia de Imbabura del Cantón Otavalo, donde se pudo obtener resultados sobre las personas con discapacidad que se encuentran dentro de los parámetros del territorio de estudio en donde se indica que el 69,1% son de la Comunidad de Caluquí, el 20.6% son de la Comunidad de Gualacata y finalmente el 10.3% de la Comunidad de Inti Huaycopungo. Todo de acuerdo al número de habitantes de cada comunidad.

En base a estudios de la investigación se detectó que el género femenino presentó mayor afección en el área de discapacidad en un 45%. Ahora relacionando el porcentaje anteriormente nombrado con una investigación realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) evidencian que desde el año 2010 hasta la actualidad sigue predominando el género femenino un total de 50.7%, comprendiendo a mujeres de 15 a 49 años de edad.

En base a la muestra de 68 personas con discapacidad se destacan los adultos con un 40% y los adultos mayores con un 47%, edad comprendida en rangos de 19 a 65 años y de 65 años en adelante respectivamente, presentando una alta incidencia en cualquier tipo de

discapacidad. Estos resultados a su vez son apoyados por la investigación efectuada por el Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades (CONADIS) realizada en el 2010 en la provincia de Pichincha, en donde se obtuvo que las personas sometidas a su investigación presentó más del 50% que son adultos mayores (INEC, 2010).

Además dentro de nuestro segundo objetivo era sobre la detección de los tipos de discapacidad existentes en las comunidades estudiadas, en donde se pudo conocer que la discapacidad física comprende el 47%, la auditiva el 30% y visual el 13%, siendo estos los más relevantes. Hay que resaltar que estos porcentajes tienen relación a que el 68% no contaron con un diagnóstico oportuno. Este dato concordó con el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades referente al cantón Cotacachi, en donde existen los mismos porcentajes en cada uno de los tipos de discapacidad (MSP, 2014).

La encuesta también recopiló el dato estadístico del 65% de las personas que tiene discapacidad física presentan limitaciones al realizar sus actividades diarias tales como caminar, correr, alimentarse, asearse o vestirse por sí mismos y llevar objetos con las manos, a diferencia de los otros tipos de discapacidades.

Se pudo conocer de la misma manera que el 19% de la muestra estudiada afirmó que la discapacidad es producto de la enfermedad general, sin embargo fue alarmante conocer que el otro 35% desconocen la causa de su discapacidad, otro 15% es por las condiciones de salud de la madre durante el embarazo.

Debido a que el estudio fue llevado a cabo en la zona rural, hay que considerar que en nuestro país el analfabetismo sigue siendo un factor importante dentro de la sociedad, es por esta razón que también influye en nuestra investigación al presentar un porcentaje de

33.8% que han aprobado el preescolar y el 22% que han aprobado el básico, el resto de los porcentajes no cuenta con ninguna instrucción académica. Según un estudio llevado a cabo en la ciudad de Napo provincia de Sucumbíos por el INEC, refleja que el 6.8% presenta analfabetismo (INEC, 2010).

Sin duda la rehabilitación, es uno de los componentes fundamentales de los servicios de salud, aso lo contempla nuestra constitución, debe estar incluido en el plan del buen vivir, pero igualmente es uno de los derechos más vulnerables.

Esta situación la podemos comprobar con los datos de registro que tenemos, dentro de su mayoría las personas que les ordenaron fisioterapia es el 13.2% el 2,9% psiquiatría, el 2,9% a fonoaudiología, 11,7% terapia ocupacional, 1,5% psicología, 8,8% medicamentos permanentes, 7,4% otro tipo de rehabilitación, la proporción de personas que recibieron la orden de rehabilitación disminuye según aumenta la población en las distintas comunidades debido a que desconocen del servicio de rehabilitación.

#### **4.3 RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cómo identificar y ubicar geográficamente a las personas con discapacidad que se presentan en las comunidades de Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo?**

Se logró identificar dicha población mediante el uso de un formulario de encuesta aplicando así un censo efectivo a todos los pobladores de las tres comunidades seleccionadas que son Caluquí, Gualacata e Inti Huaycopungo pertenecientes a la Parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo de la Provincia de Imbabura. Luego de haber aplicado el censo en las comunidades se logró detectar a las personas con

discapacidad a los cuales fue dirigida la encuesta o a su vez a los familiares a cargo, quedando así dentro del estudio únicamente con las personas con las cuales deseábamos incluir en nuestra investigación.

Ahora para ubicar geográficamente a las personas encuestadas se recurrió al uso del GPS, práctico para este tipo de estudios pues facilita la localización exacta de una ubicación deseada, con este equipo se obtuvo la longitud, latitud y altitud facilitando así la localización de la vivienda o lugar de residencia de la persona con discapacidad encuestada. Hay que considerar que el territorio estudiado se encuentra dentro de los sectores rurales donde no cuentan con calles principales y su acceso es limitado.

### **¿Cómo detectar la incidencia de cada uno de los tipos de discapacidades de acuerdo a su localidad respectiva?**

Junto al uso apropiado de la tecnología Androide y el uso de la aplicación Odk Collect, se logró almacenar correctamente la información recopilada así como la ilustración grafica de todas las variables usadas en nuestra investigación, se utilizó los programas de Microsoft Excel y Epi Info, cumpliendo así con los objetivos planteados. De tal manera se ha detectado las incidencias estadísticas referentes a nuestro objeto de estudio y así se ha recopilado para un mejor análisis en porcentajes, confirmando así que la discapacidad física ha llevado la cabecera sobre las discapacidades existentes durante nuestra investigación.

### **¿Qué información evidencian la realidad social, cultural, económica y educativa de las personas con discapacidad de las comunidades investigadas?**

Los datos obtenidos en base a estudios estadísticos demuestran las falencias que existen dentro de la población que presenta cualquier tipo de discapacidad y que residen en los territorios rurales, todos han coincidido en las afecciones, límites, barreras entre otras, las cuales han sido detectadas dentro de la encuesta y resultan ser las más sobresalientes el analfabetismo, la discapacidad física y sus condiciones de salud más afectadas según edad, género, etnia, comunidad a la que pertenece, nivel socioeconómico, costumbres, nivel de educación, nivel de atención médica, tipo de rehabilitación y manejo u orientación para su discapacidad; entre otros aspectos sobresalientes.

#### **4.4 CONCLUSIONES**

A pesar de los programas liderados por el estado en relación a la atención comunitaria continúan siendo muy limitados.

Con el estudio investigativo se logró una aproximación a la realidad en donde nos permitió reconocer que la población desconoce en su totalidad el término de la rehabilitación.

Carencia de datos estadísticos sobre las discapacidades en zonas rurales.

Escasos estudios georeferenciados sobre los sectores rurales provocando la exclusión de los mismos.

#### **4.5 RECOMENDACIONES**

Llevar a cabo la atención de salud a los sectores rurales para lograr una mayor inclusión a las personas con discapacidad y así incentivar a nuevos proyectos en los campos rurales para la detección de necesidades y la toma de acciones.

Detectar las necesidades de las personas con discapacidad y ayudar con un abordaje fisioterapéutico a las mismas.

Realizar actualizaciones cada periodo considerable para poder hacer uso de la base de datos estadísticos para incentivar nuevos programas de inclusión a este grupo vulnerable.

## BIBLIOGRAFÍA

- AEEF. (14 de Mayo de 2012). *Asociación de Enfermos de Espondilitis de Fuenlabrada*. Obtenido de <http://www.espondilitisfuenlabrada.es/index.php/es/pacientes/grados-discapacidad>
- Alejandro, E., & Husky, D. (16 de Septiembre de 2013). *Disgoo*. Obtenido de <http://disgoo.com/profiles/blogs/discapacidad-definicion-y-conceptos>
- Asamblea Constituyente. (s.f.).
- Asociación Nora. (s.f.). *Asociación Nora*. Obtenido de [http://www.asociacionnora.com/index1.php?lang=es\\_ES&menu=3&submenu=1](http://www.asociacionnora.com/index1.php?lang=es_ES&menu=3&submenu=1)
- Barragan Sanchez, M. (26 de Noviembre de 2013). *Scribd*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/220635113/Instructivo-Georeferenciacion-26NOV2013-1>
- Cádenas Sánchez, D. E., & Rosado Tamayo, J. C. (7 de Abril de 2010). *dspace.ups.edu.ec*. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/414/14/UPS-CT001850.pdf>
- Clasificación, O. M. (s.f.). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*, 5.
- CONADIS. (2010). *Consejo Nacional de Discapitados*. Obtenido de [www.conadis.gob.ec](http://www.conadis.gob.ec)
- Coral Caicedo, J. W. (4 de Abril de 2012). *somosdelmismobarro*. Obtenido de <http://somosdelmismobarro.blogspot.com/2012/04/mision-manuela-espejo-atiende-personas.html>
- Fernández-López JA, F.-F. M., & 83:775-83. (s.f.). *LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS*, 6.
- Fonseca, S. F. (2009). Prevenir adicciones es prevenir discapacidad. 10,11.
- Fudación BOBATH. (s.f.). *Fudación BOBATH*. Obtenido de <http://www.fundacionbobath.org/index.php/noticias/noticias-de-interes/discapacidad/70-fisioterapia-necesaria-para-personas-con-discapacidad>
- fundamentales, U. r. (s.f.). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*, 7.
- Gómez Beltrán , J. C. (2010). Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. *Colombia Lider*, 117.
- Gómez Beltrán, J. C. (2010). Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. *Colombia Líder Fundación Saldarriaga Concha*, 40, 41.
- GPI. (2011). *Gobierno Provincial de Imbabura*. Obtenido de [http://imbabura.gob.ec/lavoz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19&Itemid=21](http://imbabura.gob.ec/lavoz/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=21)

- Gro, H. (2009). *Conferencia de la OMS sobre la Salud y Discapacidad*. Obtenido de [http://www.urv.cat/media/upload//arxiu/URV\\_Solidaria/COT/Contenido/Tema\\_8/8.1.conferencia\\_de\\_la\\_oms\\_sobre\\_salud\\_y\\_discapacidad.pdf](http://www.urv.cat/media/upload//arxiu/URV_Solidaria/COT/Contenido/Tema_8/8.1.conferencia_de_la_oms_sobre_salud_y_discapacidad.pdf) de la Organización Mundial de la Salud: [www.oms.c](http://www.oms.c)
- Hernández, A. (2010). *Fundación Nacional de Discapacitados*. Obtenido de [www.fnd.cl](http://www.fnd.cl)
- Hospital Nazareth. (2013). [www.esenazareth.gov.co](http://www.esenazareth.gov.co). Obtenido de <http://www.esenazareth.gov.co/infinst/Microterritorios/GEOREFERENCIACION.pdf>
- Humano, D. e. (2010). Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. *Colombia Líder Fundación Saldarriaga Concha Bogotá*, 96.
- Instituto Geográfico Militar. (30 de Septiembre de 2006). [www.igm.gob.ec](http://www.igm.gob.ec). Obtenido de [http://www.igm.gob.ec/work/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31&Itemid=42](http://www.igm.gob.ec/work/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=42)
- Instituto Geográfico Militar. (s.f.). [www.igm.gob.ec](http://www.igm.gob.ec). Obtenido de [http://www.igm.gob.ec/work/index.php?option=com\\_content&view=section&id=6&Itemid=83](http://www.igm.gob.ec/work/index.php?option=com_content&view=section&id=6&Itemid=83)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (s.f.). *Clasificación de Tipo de Discapacidad*.
- Jiménez Buñuales MT, G. D., & 271279, 7. (. (s.f.). *LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS*, 6.
- Juan Antonio Fernández-López (1), M. F.-F. (s.f.). *Rev. Esp. Salud Publica v.83 n.6 Madrid nov.-dic. 2009*. Recuperado el 30 de 05 de 2014, de scielo: Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)
- kristell, A. (30 de Marzo de 2010). [es.slideshare.net](http://es.slideshare.net). Obtenido de <http://es.slideshare.net/kriiss2505/tipos-de-metodos-de-investigacion>
- LA HORA. (23 de Diciembre de 2013). [www.lahora.com.ec](http://www.lahora.com.ec). Obtenido de [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101610104/-1/Imbabura\\_se\\_destaca\\_por\\_atender\\_a\\_personas\\_con\\_discapacidad.html](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101610104/-1/Imbabura_se_destaca_por_atender_a_personas_con_discapacidad.html)
- Mantilla, S. (2012). Discapacidades. *EL COMERCIO*.
- manuela cresso, m. c. (s.f.). *historia de la clasificacion internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (cif): un largo camino recorrido*, 5.
- Mendoza Orquera, D. N. (4 de Junio de 2011). [www.lacamaradequito.com](http://www.lacamaradequito.com). Obtenido de [http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx\\_documents/prorrogadep plazoparapermisosdefuncionamiento.pdf](http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx_documents/prorrogadep plazoparapermisosdefuncionamiento.pdf)
- Merino Burbano, M. A. (2011). *¿La implementación de un sistema de selección de personal basado en competencias influirá en el desempeño del personal discapacitado del INEC-Quito? ”*. Quito.

- Merino Burbano, M. A. (2011). “¿La implementación de un sistema de selección de personal basado en competencias influirá en el desempeño del personal discapacitado del INEC-Quito?”. Quito.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Asociación Solidaridad Intergeneracional*. Obtenido de <http://www.solidaridadintergeneracional.es/discapacidad/index.php?pid=ayudas&fayuda=5434>
- Monserrat, M. (17 de Septiembre de 2013). *Ágora Blog*. Obtenido de <http://agorafundacionareces.es/definicion-causas-y-diagnostico-de-la-discapacidad-intelectual/>
- Norte, E. (15 de Enero de 2014). elnorte. *Ayuda para discapacitados*. Obtenido de <http://www.elnorte.ec/otavalo/actualidad/45110-ayuda-para-discapacitados.html>
- OMS. (s.f.). Obtenido de <http://www.cai.es/sestudios/pdf/discapac/3.pdf>
- OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias. (s.f.). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*, 4.
- Organización Internacional del Trabajo. (11 de Noviembre de 2009). *www.ilo.org*. Obtenido de [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS\\_117225/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_117225/lang--es/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Manta.
- Parra Dussan, C. (2013). Estructura Institucional de la discapacidad en el Estado Colombiano. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, 7.
- Ramírez Morera, M. (2011). FACILITADORES(AS) PERSONALES EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD, UNA EXPERIENCIA. *FACILITADORES(AS) PERSONALES EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD, UNA EXPERIENCIA*, 2'3-4.
- República de Colombia. (2010). *Implementación de la política municipal de atención a la discapacidad*. Cali: Santiago de Cali.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *www.buenvivir.gob.ec*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-2.-auspiciar-la-igualdad-la-cohesion-la-inclusion-y-la-equidad-social-y-territorial-en-la-diversidad>
- Stucki G, G. G., & (suppl)44:5-6. (s.f.). *LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS*, 7.
- Universia España Universitarios. (2014). Obtenido de <http://universitarios.universia.es/voluntariado/discapacidad/>
- Universidad de las Illes Balears, U.-I. (s.f.). *EVOLUCIÓN HISTORICA DE LOS*, 2.
- Universidad Técnica del Norte. (s.f.). *Universidad Técnica del Norte*. Obtenido de <http://www.utn.edu.ec/web/portal/>

World Health Organization. The International Classification Functioning, D. a., & 2001. (2010). *LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS*, 4.

*www.discapidadesecuador.org*. (2008). Obtenido de <http://www.discapidadesecuador.org/portal/images/stories/File/Ley%20organica%20de%20discapacidad.pdf>

# ANEXOS

## ANEXOS

**Anexo 1** Datos de filiación de las personas con discapacidad de las comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo, Parroquia Gonzales Suarez, 2014

<b>Genero n = 68</b>			<b>Etnia n = 68</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>Femenino</i>	42	61,8	<i>Indígena</i>	65	95,6
<i>Masculino</i>	26	38,2	<i>Mestizo</i>	3	4,4
<b>Total</b>	68	100,0	<b>Total</b>	68	100,0

<b>Grupos de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Comunidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>Menores de cinco años</i>	3	4,4	<i>Caluquí</i>	47	69,1
<i>Niños Escolares</i>	3	4,4	<i>Gualacata</i>	14	20,6
<i>Adolescentes</i>	3	4,4	<i>Inti Huaycopungo</i>	7	10,3
<i>Adultos</i>	32	47,1	<b>Total</b>	68	100,0
<i>Adultos Mayores</i>	27	39,7			
<b>Total</b>	68	100,0			

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 2:**

<b>Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada</b>			<b>¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	53	77,9	<i>No</i>	38	55,9
<i>Si</i>	15	22,1	<i>Si</i>	30	44,1
<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

## Anexo3.- Consecuencias de la discapacidad

Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:	Frecuencia	%	Enfermedad profesional por:	Frecuencia	%	Por consumo de psicoactivos	Frecuencia	%
Accidente	9	13,2	Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	3	4,4	No es por consumo de psicoactivos	68	100
Alteración genética, hereditaria	4	5,9	Medio ambiente físico del lugar de trabajo	2	2,9	<b>Total</b>	68	100
Complicaciones en el parto	1	1,5	No es por enfermedad profesional	61	89,7	<b>Por accidente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	10	14,7	Otra causa	2	2,9	De trabajo	3	4,4
Enfermedad general	13	19,1	<b>Total</b>	68	100	De tránsito	3	4,4
Enfermedad profesional	4	5,9	<b>Desastres naturales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	En el hogar	7	10,3
No sabe	25	36,8	No es por Desastres naturales	68	100	No es por accidente	55	80,9
Víctima de violencia	2	2,9	<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100
<b>Total</b>	68	100						
<b>Como víctima de violencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Del conflicto armado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
Al interior del hogar	7	10,3	No fue causa de conflicto armado	68	100			
No fue víctima de violencia	61	89,7	<b>Total</b>	68	100			
<b>Total</b>	68	100						

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 4.-** Condiciones de salud más afectadas

<b>De las condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</i>	28	41,2
<i>El sistema nervioso</i>	4	5,9
<i>La voz y el habla</i>	7	10,3
<i>Los oídos</i>	14	20,6
<i>Los ojos</i>	12	17,6
<i>Otra enfermedad</i>	3	4,4
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 5.-** Condiciones de salud que más afectan, en relación con el género.

<b>CONDICIONES DE SALUD QUE MAS AFECTAN</b> <b>0.8259</b>	<b>GENERO</b>					
	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>La voz y el habla</i>	5	7.4	2	2.9	7	10.3
<i>El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</i>	19	27.9	9	13.2	28	41.2
<i>El sistema nervioso</i>	2	2.9	2	2.9	4	5.9
<i>Los oídos</i>	8	11.8	6	8.8	14	20.6
<i>Los ojos</i>	7	10.3	5	7.4	12	17.6
<i>Otra enfermedad</i>	1	1.5	2	2.9	3	4.4
<b>TOTAL</b>	42	61.8	26	38.2	68	100.0

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 6.-** Condiciones de salud que más afectan, en correlación a su respectiva edad.

<b>CONDICIONES DE SALUD QUE MAS AFECTAN</b> <b>0.5391</b>	<b>Edad grupo</b>										<b>Total</b>	
	<b>Preescolar</b>		<b>Escolar</b>		<b>Adolescent e</b>		<b>Adulto</b>		<b>Adulto Mayor</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>La voz y el habla</i>	0	0.0	0	0.0	1	1.5	3	4.4	3	4.4	7	10.3
<i>El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</i>	1	1.5	1	1.5	2	2.9	13	19.1	11	16.2	28	41.2
<i>El sistema nervioso</i>	0	0.0	1	1.5	0	0.0	3	4.4	0	0.0	4	5.9
<i>Los oídos</i>	0	0.0	1	1.5	0	0.0	6	8.8	7	10.3	14	20.6
<i>Los ojos</i>	1	1.5	0	0.0	0	0.0	6	8.8	5	7.4	12	17.6
<i>Otra enfermedad</i>	1	1.5	0	0.0	0	0.0	1	1.5	1	1.5	3	4.4
<b>TOTAL</b>	3	4.4	3	4.4	3	4.4	32	47.1	27	39.7	68	100.0

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo  
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 7.-** Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas según edad de las personas con discapacidad.

Movimiento físico 0.0036	EDAD											
	Preescolar		Escolar		Adolescente		Adulto		Adulto Mayor		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
No	2	2.9	0	0.0	1	1.5	2	23.5	2	2.9	21	30.9
Si	1	1.5	3	4.4	2	2.9	16	23.5	25	36.8	47	69.1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>4.4</b>	<b>3</b>	<b>4.4</b>	<b>3</b>	<b>4.4</b>	<b>18</b>	<b>47.1</b>	<b>27</b>	<b>39.7</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo  
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

CONDICIONES DE SALUD AFECTADAS 0.0002	HABLAR Y COMUNICARSE						CONDICIONES DE SALUD AFECTADAS 0.0644	LLEVAR, MOVER UTILIZAR OBJETOS CON LAS MANOS					
	No		Si		Total			No		Si		Total	
	n	%	n	%	N	%		n	%	n	%	n	%
<i>La voz y el habla</i>	0	0.0	7	10.3	7	10.3	<i>La voz y el habla</i>	1	1.5	6	8.8	7	10.3
<i>Movimiento Físico</i>	20	29.4	8	11.8	28	41.2	<i>Movimiento Físico</i>	9	13.2	19	27.9	28	41.2
<i>El sistema nervioso</i>	4	5.9	0	0.0	4	5.9	<i>El sistema nervioso</i>	0	0.0	4	5.9	4	5.9
<i>Los oídos</i>	7	10.3	7	10.3	14	20.6	<i>Los oídos</i>	2	2.9	12	17.6	14	20.6
<i>Los ojos</i>	12	17.6	0	0.0	12	17.6	<i>Los ojos</i>	7	10.3	5	7.4	12	17.6
<i>Otra enfermedad</i>	2	2.9	1	1.5	3	4.4	<i>Otra enfermedad</i>	0	0.0	3	4.4	3	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>66.2</b>	<b>23</b>	<b>33.8</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>27.9</b>	<b>49</b>	<b>72.1</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

CONDICIONES DE SALUD AFECTADAS 0	CAMINAR, CORRER, SALTAR						CONDICIONES DE SALUD AFECTADAS 0.3072	ALIMENTARSE, ASEARSE Y VESTIRSE POR SÍ MISMO					
	No		Si		Total			No		Si		Total	
	n	%	n	%	N	%		n	%	n	%	n	%
<i>La voz y el habla</i>	6	8.8	1	1.5	7	10.3	<i>La voz y el habla</i>	0	0.0	7	10.3	7	10.3
<i>Movimiento Físico</i>	1	1.5	27	39.7	28	41.2	<i>Movimiento Físico</i>	8	11.8	20	29.4	28	41.2
<i>El sistema nervioso</i>	4	5.9	0	0.0	4	5.9	<i>El sistema nervioso</i>	0	0.0	4	5.9	4	5.9
<i>Los oídos</i>	8	11.8	6	8.8	14	20.6	<i>Los oídos</i>	2	2.9	12	17.6	14	20.6
<i>Los ojos</i>	6	8.8	6	8.8	12	17.6	<i>Los ojos</i>	1	1.5	11	16.2	12	17.6
<i>Otra enfermedad</i>	2	2.9	1	1.5	3	4.4	<i>Otra enfermedad</i>	1	1.5	2	2.9	3	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>39.7</b>	<b>41</b>	<b>60.3</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>17.6</b>	<b>56</b>	<b>82.4</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>

**Anexo 8.-** Actividades diarias presenta dificultades

CONDICIONES DE SALUD QUE MAS AFECTAN 0.4104	BARRERAS QUE LE IMPIDEN DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES CON AUTONOMIA											
	exterior calle		institución pública		interior casa		ninguna		transporte público		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>La voz y el habla</i>	2	2.9	1	1.5	1	1.5	2	2.9	1	1.5	7	10.3
<i>Movimiento físico</i>	9	13.2	3	4.4	5	7.4	5	7.4	6	8.8	28	41.2
<i>El sistema nervioso</i>	1	1.5	1	1.5	0	0.0	1	1.5	1	1.5	4	5.9
<i>Los oídos</i>	8	11.8	1	1.5	0	0.0	1	1.5	4	5.9	14	20.6
<i>Los ojos</i>	6	8.8	2	2.9	2	2.9	0	0.0	2	2.9	12	17.6
<i>Otra enfermedad</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.4	3	4.4
<b>TOTAL</b>	26	38.2	8	11.8	8	11.8	9	13.2	17	25.0	68	100.0

**Anexo 10.-**Barreras que impiden desenvolverse con autonomía

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

**Anexo 11.-** Nivel de educación.

<b>Preescolar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Básica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	45	66,2	<i>No</i>	53	77,9
<i>Si</i>	23	33,8	<i>Si</i>	15	22
<b>Total</b>	68	100,0	<b>Total</b>	68	100
<b>Superior</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Posgrado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	68	100	<i>No</i>	68	100
<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100
<b>Bachillerato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
<i>No</i>	68	100			
<b>Total</b>	68	100			

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

## Anexo 12.- Participa en actividades.

Con la familia y amigos	Frecuencia	%	Con la comunidad	Frecuencia	%	Religiosas o espirituales	Frecuencia	%
<i>No</i>	11	16,2	<i>No</i>	30	44,1176	<i>No</i>	22	32,4
<i>Si</i>	57	83,8	<i>Si</i>	38	55,8824	<i>Si</i>	46	67,6
<b>Total</b>	68	100,0	<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100,0

Productivas	Frecuencia	%	Deportivas o de recreación	Frecuencia	%	Culturales	Frecuencia	%
<i>No</i>	62	91,2	<i>No</i>	60	88,2353	<i>No</i>	43	63,2
<i>Si</i>	6	8,8	<i>Si</i>	8	11,7647	<i>Si</i>	25	36,8
<b>Total</b>	68	100,0	<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100,0

Ciudadanas	Frecuencia	%	Otras	Frecuencia	%
<i>No</i>	57	83,8	<i>No</i>	68	100
<i>Si</i>	11	16,2	<b>Total</b>	68	100
<b>Total</b>	68	100,0			

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo  
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

## Anexo 13.- Nivel económico

Cuál es su ingreso mensual promedio	Frecuencia	%	Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?	Frecuencia	%	Necesita capacitación para:	Frecuencia	%
0-100 usd	34	50	<i>No</i>	20	29,4118	<i>Mejorar su actividad productiva</i>	40	58,82
100-350 usd	11	16,176	<i>No trabaja</i>	46	67,6471	<i>No necesita capacitación</i>	28	41,18
No tiene ingreso mensual	23	33,824	<i>Si</i>	2	2,94118	<b>Total</b>	68	100
<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100			

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo  
**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

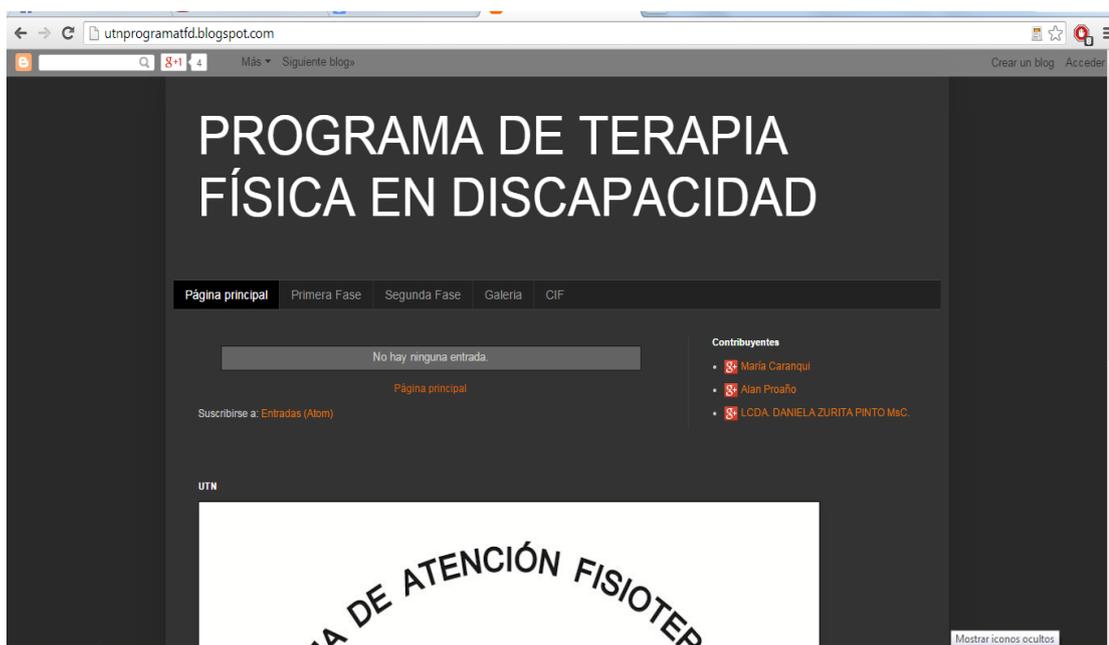
**Anexo 14.-** Tipo de rehabilitación que le ordenaron.

<b>Fisioterapia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Psiquiatría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Fonoaudiología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	59	86,8	<i>No</i>	66	97	<i>No</i>	66	97,1
<i>Si</i>	9	13,2	<i>Si</i>	2	2,9	<i>Si</i>	2	2,9
<b>Total</b>	68	100,0	<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100,0
<b>Terapia ocupacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Optometría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Psicología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	60	88,2	<i>No</i>	68	100	<i>No</i>	67	98,5
<i>Si</i>	8	11,7	<b>Total</b>	68	100	<i>Si</i>	1	1,5
<b>Total</b>	68	100				<b>Total</b>	68	100,0
<b>Trabajo social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Medicamentos permanentes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Otro tipo de rehabilitación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<i>No</i>	68	100	<i>No</i>	62	91,2	<i>No</i>	63	92,6
<b>Total</b>	68	100	<i>Si</i>	6	8,8	<i>Si</i>	5	7,4
			<b>Total</b>	68	100	<b>Total</b>	68	100,0

**Fuente:** Parroquia González Suárez, Comunidades Caluquí, Gualacata, Inti Huaycopungo

**Responsables:** Cabrera S. Torres J.

## Anexo 16 Sitios web sobre el programa de terapia física de discapacidad



## Anexo 17 Blog de coordenadas geográficas de las personas con discapacidad

PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA EN DISCAPACIDAD

https://docs.google.com/spreadsheets/cc?key=DAILFDdF6G/RqdHZGTRKakJwa1RMRJR4RmF0dFZOSH&usp=sharing&gid=0

GPS (Respuestas)

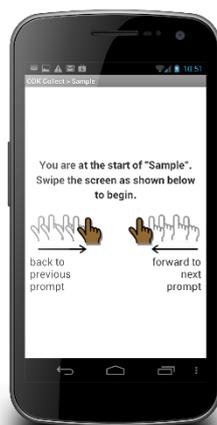
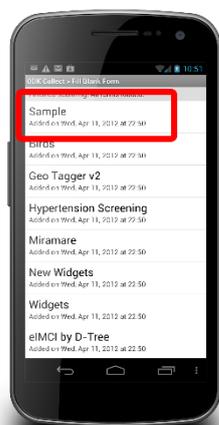
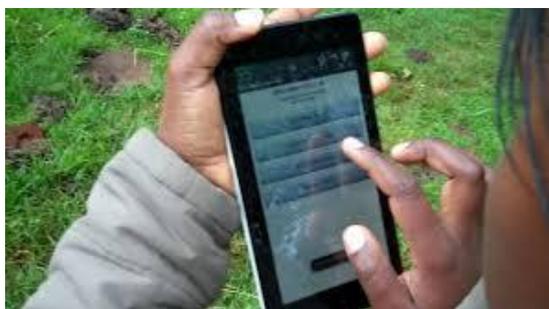
	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Número de la encuesta	Coordenada X	Coordenada Y	Altitud						
2	377	814989	10022499	2811						
3	699	814989	10022499	2811						
4	926	815014	10022421	2899						
5	426	814919	10022245	2799						
6	696	814919	10022245	2799						
7	684	814917	10022255	2799						
8	291	814999	10022343	2803						
9	371	814938	10022240	2796						
10	81	814290	10022976	2784						
11	191	814290	10022976	2784						
12	802	814176	10022427	2806						
13	438	814957	10022425	2809						
14	687	814484	10022496	2814						
15	836	814365	10022485	2800						
16	1036	814689	10024964	3056						
17	1106	814547	10021548	3059						
18	462	814616	10024343	3037						
19	897	814825	10024263	3006						
20	146	815658	10023955	2873						
21	514	815253	10023141	2874						
22	357	815459	10023747	2962						
23	646	815439	10023614	2947						

Respuestas de formulario

Anexo 18 Aplicación ODK. Collect, en teléfono Androide.



Anexo 19 Aplicación del censo de discapacidad.



Anexo 20 Paciente con discapacidad física de la comunidad de Caluquí



Anexo 20 Paciente con discapacidad física de la comunidad de Caluquí



Anexo 22 Paciente con discapacidad auditiva de la comunidad de Gualacata



Anexo 23 Paciente con discapacidad del lenguaje (mudez) de la comunidad de Caluquí



Anexo 24 Aplicación de censo de discapacidad a pobladores de la comunidad de Caluquí



Anexo 25 Aplicación de censo de discapacidad a pobladores de la comunidad de Caluquí



Anexo 26 Pacientes con discapacidad del lenguaje (mudez) y física de la comunidad de Caluquí





Anexo 28 Finalización del censo de discapacidad de las 3 comunidades destinadas



Anexo 29 Pacientes con discapacidad del lenguaje (mudez) y física de la comunidad de Gualacata



Anexo 30 Ubicación del distintivo del censo de discapacidad



Anexo 31 Realización del censo de discapacidad, adulto mayor, discapacidad física



Anexo 31 Realización del censo de discapacidad, adulto mayor, discapacidad física





**Universidad Técnica del Norte**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA**



Esta encuesta fue planteada para facilitar la recolección de datos reales sobre las discapacidades en las comunidades de Caluquí, Gualacata e Inti Huycopungo de la Parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo de la Provincia de Imbabura.

1. Nombre
2. Nacionalidad
3. Fecha de nacimiento
4. Género
5. Número de cédula
6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera:
  - a. Indígena
  - b. Mestizo
  - c. Blanco
7. Número del carnet del CONADIS
8. Número de personas a cargo menores de 14 años
9. Número de personas a cargo mayores de 65 años:
10. Cantón
11. Parroquia
12. Área
13. Dirección
14. Número de Teléfono
15. Nombre del barrio o comunidad
16. La vivienda cuenta con servicios de:
  - a. Energía Eléctrica
  - b. Alcantarillado
  - c. Teléfono
  - d. Recolección de basura
  - e. Agua potable
17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?
  - a. Si
  - b. No
18. Actualmente vive en:
  - a. Casa
  - b. Departamento
  - c. Cuarto
  - d. Otro tipo de vivienda
19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?
  - a. Vivienda propia totalmente pagada

- b. Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
  - c. Arriendo o subarriendo
  - d. Otra
20. Recibe algún servicio del Gobierno
- a. Si
  - b. No
21. Es beneficiario de algún programa:
- a. Bono de desarrollo humano
  - b. Misión Manuela Espejo
  - c. Bono Joaquín Gallegos
  - d. Vivienda por discapacidad
22. ¿De equipamiento de vivienda?
23. Por su condición de salud presenta alteraciones permanentes en:
- a. El sistema nervioso
  - b. Los ojos
  - c. Los oídos
  - d. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
  - e. La voz y el habla
  - f. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
  - g. La digestión, el metabolismo, las hormonas
  - h. El sistema genital y reproductivo
  - i. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
  - j. La piel
  - k. Otra enfermedad
24. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?
25. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?
26. Por sus actividades diarias presentan dificultades permanentes para:
- a. Pensar, memorizar
  - b. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
  - c. Oír, aun con aparatos especiales
  - d. Distinguir sabores u olores
  - e. Hablar y comunicarse
  - f. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
  - g. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
  - h. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
  - i. Caminar, correr, saltar
  - j. Mantener piel, uñas y cabellos sanos
  - k. Relacionarse con las demás personas y el entorno
  - l. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
  - m. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
  - n. Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
  - o. Otra

27. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?
- Familiares
  - Amigos, compañeros
  - Vecinos
  - Funcionarios, empleados
  - Otras personas
28. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?
- Dormitorio
  - Sala - comedor Baño - sanitario
  - Escaleras
  - Pasillos-patios Andenes, aceras
  - Calles, vías
  - Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
  - Paraderos, terminales de transporte
  - Vehículos de transporte público
  - Centros educativos
  - Lugares de trabajo
  - Centros de salud, hospitales
  - Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
  - Instituciones públicas
  - Otros
29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?
- Si
  - No
30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?
- Si
  - No
31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?
- Medios escritos
  - Radio
  - Televisión
  - Teléfono
  - Internet
32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
- Si
  - no
33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:
- Enfermedad profesional
  - Por consumo de psicoactivos
  - Desastres naturales
  - Por accidente
  - Como víctima de violencia

- f. Del conflicto armado
  - g. Dificultades en la prestación de servicios de salud
34. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
- a. Si
  - b. No
35. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?
36. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?
37. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?
38. ¿Está afiliado a?
39. ¿Cuál es el tipo de afiliación?
- a. Ninguno
  - b. Seguro Campesino
  - c. IESS
  - d. ISSFA
40. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?
41. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
42. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?
43. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
44. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
45. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
46. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?
47. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?
- a. Algún miembro del hogar
  - b. No necesita ayuda permanente de otra persona
48. ¿Se está recuperando de su discapacidad?
49. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?
- a. No se está recuperando
  - b. A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
  - c. Al apoyo de la familia
  - d. A la acción de la medicina alternativa
50. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?
- a. Medicina física y de rehabilitación
  - b. Fisioterapia
  - c. Psiquiatría
  - d. Fisioterapia
  - e. FonoaudiologíaTerapia ocupacional
  - f. Optometría
  - g. Psicología
  - h. Trabajo social
  - i. Medicamentos permanentes
  - j. Otro tipo de rehabilitación
51. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
52. ¿Quién paga la rehabilitación?
53. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:

- a. Falta de dinero
  - b. No sabe
  - c. Si asiste a rehabilitación
  - d. Cree que ya no lo necesita
  - e. No hay quien lo lleve
  - f. Otras
54. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?
55. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
56. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?
57. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?
58. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)
59. ¿Sabe leer y escribir?
60. El establecimiento en donde estudia, es:
- a. Público
  - b. No asiste actualmente a algún establecimiento educativo
61. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:
- a. Pedagógicos
  - b. Tecnológicos
  - c. Terapéuticos
62. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
63. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?
- a. Si asiste actualmente a algún establecimiento educativo
  - b. Por su discapacidad
  - c. Necesita trabajar
  - d. Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
  - e. Por falta de tiempo
  - f. Su familia no quiere que estudie
  - g. No le gusta o no le interesa el estudio
  - h. Costos educativos elevados o falta de dinero
  - i. Otra razón
64. ¿Usted aprobó?
- a. Preescolar
  - b. Básica
  - c. Bachillerato
  - d. Superior
  - e. Postgrado
65. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?
66. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?
67. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?
68. Participa en actividades:
- a. Con la familia y amigos
  - b. Con la comunidad
  - c. Religiosas o espirituales

- d. Productivas
  - e. Deportivas o de recreación
  - f. Culturales
  - g. Educación no formal
  - h. Ciudadanas
  - i. Otras
69. ¿Actualmente participa en alguna organización?
70. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:
- a. No existe o no la conoce
  - b. Siente rechazo u obstaculización
  - c. Por su discapacidad
  - d. Si participa en una organización
  - e. Falta de tiempo
  - f. Otra
71. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?
72. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:
- a. Realizando oficios del hogar
  - b. Trabajando
  - c. Estudiando
  - d. Otra actividad
73. Usted tiene contrato de trabajo
74. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:
- a. No está trabajando
  - b. Agrícola
  - c. Comercio
  - d. Servicios
  - e. Otra actividad
75. En el trabajo se desempeña como:
- a. No está trabajando
  - b. Trabajador por cuenta propia
  - c. Obrero - empleado particular
  - d. Jornalero o peón
  - e. Empleado(a) doméstico(a)
76. ¿Quién es el que mantiene el hogar?
77. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?
78. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?
79. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?
80. ¿Dónde recibió la capacitación?
81. Necesita capacitación para:
- a. No necesita capacitación
  - b. Mejorar su actividad productiva



PROVINCIA DE IMBABURA  
CANTÓN DE OTAVALO  
GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO "GONZÁLEZ SUÁREZ"  
COMUNIDAD DE CALUQUÍ

**CERTIFICADO:**

A petición de parte interesada, **CERTIFICO** que la Señorita **SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ**, con cédula de ciudadanía **100312047-2** y el Señor **JIMMY STALIN TORRES OBANDO** con cédula de ciudadanía **040187951-5**, de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE** de la ciudad de Ibarra, realizó el censo sobre discapacidades en la comunidad de Caluquí, de la parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo, cubriendo totalmente a la comunidad en base a sus límites establecidos, dicho censo se lo efectuó desde el 25 de Febrero al 9 de Marzo del 2014.

Es todo lo que puedo declarar en honor a la verdad.

Los interesados pueden hacer uso del presente, como lo estimen conveniente.

Atentamente,

**Sr. Alejandro López**  
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE INTY HUAYCOPUNGO



**PROVINCIA DE IMBABURA  
CANTÓN DE OTAVALO  
GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO "GONZÁLEZ SUÁREZ"  
COMUNIDAD DE GUALACATA**

**CERTIFICADO:**

A petición de parte interesada, **CERTIFICO** que la Señorita **SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ**, con cédula de ciudadanía **100312047-2** y el Señor **JIMMY STALIN TORRES OBANDO** con cédula de ciudadanía **040187951-5**, de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE** de la ciudad de Ibarra, realizó el censo sobre discapacidades en la comunidad de Gualacata, de la parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo, cubriendo totalmente a la comunidad en base a sus límites establecidos, dicho censo se lo efectuó desde el 25 de Febrero al 9 de Marzo del 2014.

Es todo lo que puedo declarar en honor a la verdad.

Los interesados pueden hacer uso del presente, como lo estimen conveniente.

Atentamente,



**Sra. Natividad Méndez**  
**PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE GUALACATA**



**PROVINCIA DE IMBABURA**  
**CANTÓN DE OTAVALO**  
**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO "GONZÁLEZ SUÁREZ"**  
**COMUNIDAD DE INTI HUAYCOPUNGO**

**CERTIFICADO:**

A petición de parte interesada, **CERTIFICO** que la Señorita **SHEYLA SAMANTA CABRERA VÁSQUEZ**, con cédula de ciudadanía **100312047-2** y el Señor **JIMMY STALIN TORRES OBANDO** con cédula de ciudadanía **040187951-5**, de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE** de la ciudad de Ibarra, realizó el censo sobre discapacidades en la comunidad de Inti Huaycopungo, de la parroquia González Suárez del Cantón de Otavalo, cubriendo totalmente a la comunidad en base a sus límites establecidos, dicho censo se lo efectuó desde el 25 de Febrero al 9 de Marzo del 2014.

Es todo lo que puedo declarar en honor a la verdad.

Los interesados pueden hacer uso del presente, como lo estimen conveniente.

Atentamente,

**Sr. Luis Quiro**  
**PRÉSIDENTE DE LA COMUNIDAD DE CALUQUÍ**





