



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Tesis previa a la obtención del título de licenciado/a en Terapia Física Médica

TEMA:

“Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las comunidades de
Pamplona, Barrio Nuevo, San Luis, Barcelona, San Francisco,
La Loma y Central de la Parroquia de Selva Alegre
del Cantón Otavalo de Enero – Octubre 2014.”

Autoras:

Carlosama Moreno Jhoselin Beatriz.

Ichao Morejón Katy Daniela.

Director de tesis:

Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro

Ibarra, Febrero 2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Ibarra, Febrero 2015

Yo Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro con cédula de ciudadanía 1755954300 en calidad de director de la tesis titulada “Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las comunidades de Pamplona, Barrio Nuevo, San Luis, Barcelona, San Francisco, La Loma y Central de la Parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo de Enero – Octubre 2014.” De autoría de las Srtas. Jhoselin Carlosama y Katy Ichao, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente,



Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro

CI: 1755954300

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003374707 1003437215		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Jhoselin Beatriz Carlosama Moreno Katy Daniela Ichao Morejón		
DIRECCIÓN:	Hernán Gonzales de Saá y Río Quinindé La esperanza, Calle: Galo Plaza Lasso		
EMAIL:	ftjhosycarlosama@hotmail.com – dannies05@outlook.es		
TELÉFONO FIJO:	2600-551 2660-243	TELÉFONO MÓVIL	0998447648 0988784511

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE PAMPLONA, BARRIO NUEVO, SAN LUIS, BARCELONA, SAN FRANCISCO, LA LOMA Y CENTRAL DE LA PARROQUIA DE SELVA ALEGRE DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – OCTUBRE 2014.”
AUTOR (ES):	Carlosama Moreno Jhoselin Beatriz – Katy Daniela Ichao Morejón
FECHA: AAAAMMDD	2015/02/10
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR:	Ph.D. José Ramón Sanabria

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Carlosama Moreno Jhoselin Beatriz, con cédula de identidad Nro. 100337470-7, y Katy Daniela Ichao Morejón con cédula de identidad Nro. 1003437215 en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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 12 días del mes febrero de 2015

LAS AUTORAS:

(Firma).....

Nombre: Carlosama Moreno Jhoselin Beatriz
C.I. 1003374707

(Firma).....

Nombre: Katy Daniela Ichao Morejón
C.I. 1003437215

ACEPTACIÓN

.....

Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



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

Nosotras, Jhoselin Beatriz Carlosama Moreno y Katy Daniela Ichao Morejón, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4,5 y 6 en calidad de autoras de la obra o trabajo de grado denominado: “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE PAMPLONA, BARRIO NUEVO, SAN LUIS, BARCELONA, SAN FRANCISCO, LA LOMA Y CENTRAL DE LA PARROQUIA DE SELVA ALEGRE DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – OCTUBRE 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 calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 12 días del mes de febrero de 2015.

LAS AUTORAS:

Jhoselin Carlosama Moreno

CI: 100337470-7

Katy Ichao Morejón

CI: 100343721-5

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios por estar siempre a mi lado, ser mi consuelo en mis momentos de aflicción y ayudarme a seguir adelante a pesar de todas las dificultades que se me han presentado. A mis abuelitos Beatriz, Gabriel y mi Tía Lucy por siempre brindarme su cariño, por ser como unos padres para mí y por ser mi ejemplo a seguir. A mis padres Rosalba y Octaviano por darme el regalo más preciado que es la educación y ayudarme a terminar mi carrera y a mis hermanos Alejo, Camila y Sharik por ser mi inspiración y mi motivo para seguir adelante siempre.

Jhoselin Carlosama

Este trabajo de tesis dedico a Dios quien ha sido mi guía día tras día, por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar ante los obstáculos que se hicieron presentes, por enfrentar las adversidades. A mis padres Daniel y Olga quienes gracias a su apoyo, comprensión y amor estuvieron siempre conmigo, lo que me ha permitido concluir una más de mis etapas haciendo de mí una persona perseverante. A mis hermanos(a) por su incentivo para continuar con mis metas.

Katy Ichao

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar una más de nuestras etapas y a nuestros padres quienes nos han brindado su apoyo incondicional para concluir nuestra carrera.

A la Universidad Técnica del Norte quien nos dio la oportunidad de cursar nuestros estudios en esta majestuosa casona universitaria, brindándonos una educación de calidad y excelencia.

A los docentes y a la carrera de Terapia Física quienes con su sabia inteligencia nos proporcionaron día tras día cada uno de sus conocimientos, con el propósito de formar profesionales capaces de desenvolverse dentro de la sociedad.

A nuestros compañeros de aula un agradecimiento por haber compartido tantos buenos y malos momentos durante nuestra vida estudiantil, en especial a Fernanda Erazo, Johanna Enríquez y Vanessa Andino quienes nos han brindado una amistad incondicional.

A la Parroquia de Selva Alegre quien nos permitió realizar nuestra investigación facilitándonos la información de una forma muy amable y cortés por parte de todos sus habitantes.

A nuestro tutor Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro un enorme agradecimiento por habernos apoyado y guiado en la ejecución de este proyecto.

Jhoselin y Katy

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVOS	4
1.4.1 Objetivo General	4
1.4.2 Objetivos Específicos.....	4
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 TEORÍAS EXISTENTES	7
2.1.1 Discapacidad	7
2.1.2 Porcentajes de discapacidad a nivel mundial nacional y local.....	9
2.1.2.1 Discapacidad a nivel Mundial.....	9
2.1.2.2 Discapacidad a nivel nacional según el estudio de las discapacidades del Consejo Nacional de Igualdad de discapacidades (CONADIS), 2012.	11
2.1.2.3 Distribución de personas por tipo de discapacidad a nivel nacional (CONADIS), 2012.....	11
2.1.2.4 Distribución de personas con discapacidad a nivel local (CONADIS), 2012.....	12
2.1.3 Factores de riesgo de discapacidad	12
2.1.4 Tipos de Discapacidad	15
2.1.4.1 Discapacidad visual.....	15
2.1.4.1.1 Clasificación de la discapacidad visual.....	16

2.1.4.2 Discapacidad auditiva	17
2.1.4.2.1 Clasificación de la discapacidad auditiva	18
2.1.4.3 Discapacidad de lenguaje	21
2.1.4.3.1 Clasificación de la discapacidad de lenguaje	22
2.1.4.4 Discapacidad Mental.....	23
2.1.4.4.1 Clasificación de la discapacidad Mental	24
2.1.4.5 Discapacidad Motora	26
2.1.4.5.1 Clasificación de la Discapacidad Motora según la Dirección General de Educación Indígena, México 2012.....	27
2.1.5 Clasificación internacional del funcionamiento de la Discapacidad (CIF).....	28
2.1.5.1 Modelos de la CIF.....	29
2.1.5.1.1 Modelo Político.....	29
2.1.5.1.2 Modelo Médico Biológico	30
2.1.5.1.3 Modelo Social	31
2.1.5.1.4 Modelo Universal.....	32
2.1.5.1.5 Modelo Bio-Psico-Social	34
2.1.5.2 Estructura de la CIF	34
2.1.6 Discapacidad con mayor incidencia en la Parroquia de Selva Alegre	35
2.1.6.1 Discapacidad Física.....	35
2.1.7 Factores Sociodemográficos de la Parroquia de Selva Alegre.....	36
2.2 MARCO LEGAL.....	37
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	47
3.1 TIPO DE ESTUDIO	47

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	49
3.3.1 Población.....	49
3.3.2 Muestra.....	50
3.4 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	51
3.6. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	53
3.6.1 Métodos Teóricos.....	53
3.6.1.1 Revisión bibliográfica	53
3.6.1.2 Análisis de contenido	53
3.6.1.3 Métodos analítico-sintéticos.....	54
3.6.1.4 Método Inductivo-Deductivo	54
3.6.2 Métodos Empíricos	55
3.6.2.1 Encuesta	55
3.6.2.2 Métodos Estadísticos	55
3.7 VALIDES Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
4.2 GEOREFERENCIACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	82
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	84
4.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	86
4.5 CONCLUSIONES	89
4.6 RECOMENDACIONES	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	58
GRÁFICO 2	59
GRÁFICO 3	59
GRÁFICO 4	60
GRÁFICO 5	61
GRÁFICO 6	61
GRÁFICO 7	62
GRÁFICO 8	63
GRÁFICO 9	64
GRÁFICO 10	65
GRÁFICO 11	66
GRÁFICO 12	67
GRÁFICO 13	68
GRÁFICO 14	69
GRÁFICO 15	70
GRÁFICO 16	71
GRÁFICO 17	71
GRÁFICO 18	72
GRÁFICO 19	73
GRÁFICO 20	73
GRÁFICO 21	74

GRÁFICO 22	75
GRÁFICO 23	75
GRÁFICO 24	76
GRÁFICO 25	77
GRÁFICO 26	78
GRÁFICO 27	79
GRÁFICO 28	80
GRÁFICO 29	81

“Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las comunidades de Pamplona, Barrio Nuevo, San Luis, Barcelona, San Francisco, La Loma y Central de la Parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo de Enero – Octubre 2014.”

AUTORAS: Katy Ichao Morejón

Jhoselin Carlosama Moreno

DIRECTOR DE TESIS: Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro

RESUMEN

El presente estudio está enfocado en realizar un diagnóstico georeferenciado de la discapacidad en las comunidades de Barrio Nuevo, Pamplona, Barcelona, La Loma, San Francisco y Barrio Central de la parroquia rural de Selva Alegre del cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, en el periodo Enero – Octubre 2014. Los materiales y métodos que se utilizaron en este estudio es de tipo descriptivo, correlacional y explicativo. Según el grado de abstracción, corresponde a una investigación aplicada y de acción. Por su naturaleza, es cualitativo y cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal orientado a una población de 1,135 habitantes (227 familias), en donde se manejó una encuesta estructurada por la recolección de los datos de las personas con discapacidad. Los resultados de la aplicación de los datos obtenidos arrojo que existen 48 personas con discapacidad, evidenciándose que no existe una edad promedio de la

aparición de la discapacidad ya que se hace presente en todas las edades, con predominio en la etnia mestiza y sexo masculino. Las comunidades con mayor incidencia de la discapacidad son el Barrio Central y la comunidad de San Luis, de las cuales el 65% de la población recibe algún servicio del Gobierno. El principal tipo de discapacidad es de origen motriz seguido de alteraciones de la voz – habla y la visión, en lo referente a las causas un 18.8% son por accidente. Después de realizar la investigación, se obtuvo las siguientes conclusiones: se comprobó que 48 personas de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre del cantón Otavalo presentan algún tipo de discapacidad, siendo las alteraciones del movimiento en el género masculino y en diferentes edades.

Palabras Claves: Discapacidad, georeferenciación.

Georeferenced diagnostic of disability in the communities of Barrio Nuevo, Pamplona, San Luis, Barcelona, La Loma, San Francisco and Barrio Central of the rural parish of Selva Alegre, Otavalo, Imbabura Province in the period January – October 2014.

AUTORAS: Katy Ichao Morejón

Jhoselin Carlosama Moreno

DIRECTOR DE TESIS: Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro

ABSTRACT

The present study aimed at doing a research and diagnostic of a disability in the communities of Barrio Nuevo, Pamplona, San Luis, Barcelona, La Loma, San Francisco and Barrio Central of the rural parish of Selva Alegre, Otavalo, and Imbabura Province in the period January – October 2014. It was a descriptive study, correlational and has a clear explanation, according to this work we see some corresponding information that we extracted from the applied research and action. For its nature it is qualitative and quantitative, with a non-experimental design, with a population of 1,135 habitants (227 families). All the tools, that we used corresponds to a structure data collection of people with this disability. Data revealed that there are 48 people with this kind of disability. Data also evidenced that it does not exist an average age of appearance to get this illness since it is present in all the ages, with predominance in the mestizo ethnic group as well in males. The communities with the major disability evidence are Barrio Central and the

community of San Luis, from which 65% of the population receives some service of the side of the Government. The main type of disability is for alterations of the motor functions followed by alterations of the voice – speech and the vision, as for the causes 18.8% is due to accidents. It was proved that 48 persons of the communities of the Parish of Selva Alegre, Otavalo, present some type of disability, being the alterations of the movement of the body that more affect, with predominance in the mestizo ethnic groups, present specially in males from different range of ages.

Key words: disability,

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Las características de la discapacidad en los diferentes países están influenciadas por las tendencias en los problemas de salud, en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancia. La salud también se ve afectada por los factores ambientales, como agua potable y saneamiento, nutrición, pobreza, condiciones laborales, clima o acceso a la atención médica.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos “INEC” (2010), más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Cerca del 12% de la población latinoamericana y caribeña vive con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas. En Ecuador, según datos del INEC existen alrededor de 816.156 personas con algún tipo de discapacidad, de los cuales es de mayor prevalencia el sexo masculino. En la provincia de Imbabura según estos datos existen más de 22.000 personas con discapacidad, siendo la discapacidad física la de mayor incidencia. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando cada vez más.

Selva Alegre se considerada como una de las parroquias más alejadas de la zona urbana por lo tanto no cuentan con servicios básicos necesarios, transporte adecuado y atención de salud oportuna lo que ocasiona que la discapacidad se instaure en cada una de sus comunidades haciendo que perdure por largos períodos de tiempo sin que disminuya su incidencia, desarrollándose como un factor que impide que estas personas lleven a cabo sus actividades diarias con normalidad, limitando su desarrollo social y laboral.

La falta de una base de datos sustentables a cerca de las personas con discapacidad que habitan en la Parroquia de Selva Alegre, genera un déficit de servicios de apoyo para dichas personas lo que provoca que ellos tengan dependencia excesiva de los miembros de la familia e impide que tanto ellos como sus familiares sean económicamente activos y se integren en la sociedad, las personas con discapacidad tienen considerables necesidades de apoyo no satisfechas, lo cual puede tener consecuencias como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y mala calidad de vida.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el diagnóstico georeferenciado de discapacidad en las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre, del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el período Enero – Octubre 2014?

1.3 Justificación

La discapacidad representa una de las principales consecuencias en el deterioro de la capacidad funcional de la población lo que genera el empeoramiento del bienestar social, económico y de salud. Las condiciones de salud de las personas con discapacidad, pueden ser visibles o invisibles, temporales o de largo plazo, estáticas, episódicas o degenerativas, dolorosas o sin consecuencias.

Este proyecto se centra en el estudio de las discapacidades que afectan a las condiciones de salud que intervienen en la calidad de vida de las personas que habitan en algunas de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura; mediante la aplicación de una encuesta para obtener información detallada acerca de las características de la Discapacidad, problemas de salud, uso y necesidades de servicios, calidad de vida, oportunidades y necesidades de Rehabilitación.

La necesidad de realizar esta investigación se debe a que estudios anteriores se han basado solo en las limitaciones físicas que presentan las personas con discapacidad más no en la influencia de los cambios contextuales, es decir: condiciones de vida, conducta, toma de decisiones, participación familiar y social. De ahí la importancia de investigar no solo el entrenamiento rehabilitador o habilitador sino también la influencia que los contextos sociales y los apoyos gubernamentales tienen sobre los comportamientos de las personas con discapacidad, para ello se aplicó una encuesta como instrumento de recolección de datos de la población con discapacidad con el fin de identificar problemas, necesidades, factores ambientales y sociales, actividades de participación, inclusión,

educación, salud, apoyos del estado, limitaciones y barreras generando resultados impactantes útiles para el futuro seguimiento de las intervenciones, como parte importante del proceso continuo de atención a las personas con discapacidad, además que permita construir una base de datos adecuada, actualizada y sobre todo que garantice una fuente real y verídica.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Diagnosticar la discapacidad y georeferenciarla dentro de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre, del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el período de enero a octubre del 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer el número de personas con discapacidad, que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales
- Cuantificar dentro de la población el tipo de discapacidad con mayor prevalencia en las comunidades.
- Analizar el origen y características más relevantes de la discapacidad en el grupo de personas investigadas.

- Identificar los factores sociodemográficos en las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre.
- Determinar la ubicación de las personas con discapacidad en las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre mediante la georeferenciación.

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el número de personas con discapacidad, que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales?
- ¿Qué tipo de discapacidad se presenta con mayor prevalencia en los pobladores de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre?
- ¿Cuál es el origen y características más relevantes de la discapacidad en el grupo de personas investigadas?
- ¿Cuáles son los factores Sociodemográficos de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre?
- ¿Cómo determinar la ubicación de las personas con discapacidad en las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre?

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Teorías existentes

2.1.1 Discapacidad

La discapacidad es el resultado de las limitaciones en el funcionamiento físico y mental. En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se utiliza el término capacidad para designar las funciones fisiológicas, físicas, cognitivas y sensoriales que constituyen los elementos básicos en la ejecución de las actividades de la vida diaria: la movilidad de los miembros superiores e inferiores, la memoria, el aprendizaje, la visión, la audición y la comunicación (Zunzunegui, 2011).

Con base en la CIF (2001), la Discapacidad es un término que engloba deficiencias (se refieren a problemas en la función corporal o alteraciones en la estructura corporal, por ejemplo, parálisis o ceguera), limitaciones a la actividad (son la dificultad en ejecutar actividades, por ejemplo, caminar o comer.) y restricciones a la participación (son problemas que involucran cualquier área de la vida, por ejemplo, ser discriminados en el empleo o en el transporte), refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción entre un

individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales).

Según la Organización Mundial de la Salud (1980), define a la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en forma o margen que se considera normal para cualquier ser humano.

Según la Política y Normativa de Acceso a la Educación para la Población con Necesidades Educativas Especiales, Ministerio de Educación Guatemala, (2001) define a la discapacidad como “una deficiencia física, mental o sensorial que puede ser de naturaleza permanente o temporal, causada o agravada por el entorno físico, económico y social, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades de la vida diaria”.

Según el reglamento de la ley orgánica de discapacidades del Ecuador (2013), se entenderá por persona con deficiencia o condición discapacitante, aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que aun siendo sometidas a tratamientos clínicos o quirúrgicos, su evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de un año de evolución, sin que llegue a ser permanente.

Según el reglamento nacional para la igualdad en discapacidades (2013), “se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”.

2.1.2 Porcentajes de discapacidad a nivel mundial nacional y local.

2.1.2.1 Discapacidad a nivel Mundial

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; es decir, alrededor de 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2011). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10% (OMS, 2011). La incidencia de la discapacidad ha ido aumentando con el pasar de los años, convirtiéndose en un factor limitante.

Según el Banco Mundial (2001), las poblaciones vulnerables son aquellos países en desarrollo, alrededor de 400 millones, en América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. Las estimaciones de la prevalencia de niños con discapacidad en el mundo varían considerablemente según la definición y la medida de discapacidad. Según los resultados del estudio Carga Mundial de Morbilidad, hay 93 millones (5,1%) de niños de 0 a 14 años que experimentan una discapacidad moderada o grave, de los cuales 13 millones (0,7%) sufren dificultades graves. La prevalencia promedio de la población mundial con discapacidad adulta es de 15.6%, 650 millones de personas, en los países con mayores ingresos es de 11.8% mientras que la prevalencia aumenta a 18% en países con menores ingresos. En promedio 2.2% de la población, es decir 92 millones de personas viven con dificultades de movilidad o funcionalidad severas. La prevalencia aumenta con la edad, comenzando a los 45 años con el 11 al 18% de la población dependiendo si es un país de mayores a menores ingresos llegando a

representar más del 40% hasta el 60% de la población mayor de 75 años, asimismo la prevalencia de discapacidad en las mujeres es significativamente mayor que los hombres. De seguir esta tendencia se podría concluir que para el año 2050 la prevalencia de la discapacidad a nivel mundial será de un 35 %.

Según la Encuesta Mundial de Salud (2001) estima que el 59.4% de la población mundial presentan deficiencia visual, el 57,1% presentan problemas psíquicos o psiquiátricos, el 56.6% presentan discapacidad física; el 60, 4% presentan discapacidad auditiva, el 53,2% presentan deficiencia mental, el 66,5% presentan deficiencia cardiorrespiratoria, el 2,2% sufren dificultades de funcionamiento muy significativas, mientras que Enfermedades infecciosas se estima que representan el 9%, las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad posterior a un accidente de tránsito oscilaban entre el 2% y el 87%, en los países de ingreso bajo y mediano.

En relación al derecho a la educación a nivel mundial el 61.3% de los hombres sin discapacidad han completado su educación primaria y en promedio ha recibido 7.03% de educación mientras que solamente el 50.6%, es decir 10% menos, los hombres con discapacidad han completado su educación primaria. Las mismas cifras dan cuenta de una diferencia de 10% entre personas con discapacidad y sin discapacidad que han completado su educación primaria en los países con ingresos menores (55.6%- a 46.6%) y en países con mayores ingresos (72.3% - a 61.7%). El último dato interesante es que los porcentajes de personas con discapacidad han aumentado significativamente entre los más jóvenes en comparación del aumento entre adultos mayores. El derecho al trabajo es otro ámbito de comparación entre los grados de participación social de la persona con discapacidad; a nivel mundial el 64.9 % los hombres sin discapacidad tienen un

empleo mientras que entre los hombres con discapacidad sólo 52.8 % trabaja, es decir una diferencia de 12.1%. Por su parte el 29.9 % de las mujeres sin discapacidad tiene un empleo o trabajo en comparación de las mujeres con discapacidad donde el 19.6% tienen un trabajo, es decir 10.3% de diferencia.

2.1.2.2 Discapacidad a nivel nacional según el estudio de las discapacidades del Consejo Nacional de Igualdad de discapacidades (CONADIS), 2012.

En Ecuador, existen más de 300.000 personas con discapacidad con una prevalencia del problema de 2,43%. Las personas con discapacidad se ubican especialmente en la provincia costera de Guayas (74.875 casos) y en la andina de Pichincha (47.521 casos), las más pobladas del país. Su distribución por sexo es de 49,57 por ciento mujeres y 50,43 por ciento hombres. (Ver anexo 3).

2.1.2.3 Distribución de personas por tipo de discapacidad a nivel nacional (CONADIS), 2012.

El tipo de discapacidad con mayor prevalencia a nivel nacional es la discapacidad física con un porcentaje de 49%, seguido de la discapacidad intelectual con un 23%, mientras que la discapacidad de menor incidencia es la discapacidad de lenguaje con el 1%. (Ver anexo 4). La causa de mayor incidencia que genera discapacidad en el Ecuador es por enfermedad adquirida con un porcentaje del 46%, en segundo lugar se debe por

alteraciones genéticas con un 31% y las de menor incidencia son los desastres naturales y trastornos nutricionales con un 0.1% cada uno. (Ver anexo 5).

2.1.2.4 Distribución de personas con discapacidad a nivel local (CONADIS), 2012.

En la provincia de Imbabura según datos de la INEC existen más de 8.000 personas con algún tipo de discapacidad, representando el 2.7% de toda la población Nacional, siendo la discapacidad física la de mayor prevalencia con un porcentaje de 1.2%, seguido de la deficiencia auditiva con un valor de 0.6% y en un tercer lugar la discapacidad intelectual con un porcentaje de 0.5% de toda la población provincial. Su distribución por sexo es mayor en los hombres con un valor de 0.66% con respecto a las mujeres que es del 0.58%; y siendo la principal causa de discapacidad las enfermedades genéticas o congénitas en 1.3% y en un segundo lugar se encuentran las enfermedades adquiridas con un porcentaje de 1.1%. (Ver anexo 6). Las principales causas que genera discapacidad en la provincia de Imbabura es por alteraciones genéticas con el 1.3%, seguida de las enfermedades adquiridas con el 1.1%, y la que menor influye es por desastres naturales es con el 0.001%. (Ver anexo 7).

2.1.3 Factores de riesgo de discapacidad

El número de personas con discapacidad va en aumento. Ello se debe, por una parte, al envejecimiento progresivo de la población y a que el riesgo de discapacidad es superior

entre los adultos mayores; y por otra, al aumento mundial de enfermedades crónicas, tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. Las características de la discapacidad en un país concreto, están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales, y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. (Martínez, 2013).

En los últimos años comenzó a identificarse una serie de factores de riesgo que pueden generar o acelerar la discapacidad. Los factores de riesgo son características biológicas, ambientales (sociales y físicas) o de estilos de vida y de comportamiento que se asocian y dan como resultado condiciones relacionados con el estado de salud. Las causas que pueden originar deficiencias funcionales y discapacidades son: trastornos congénitos, complicaciones perinatales y postnatales, enfermedades agudas y crónicas, traumatismos, violencia, calidad del medio y sedentarismo, abuso de alcohol y drogas, tabaquismo, trastornos nutricionales, falta de escolaridad, creencias sociales y familiares, condiciones insalubres de vida, inaccesibilidad de los servicios, estrés, etc. (Amate, 2006)

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, “La Salud en las Américas, 2002” divide a los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de generar discapacidad en tres grandes grupos: sanitarias, ambientales y otras. Las causas sanitarias incluyen defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales y parasitosis, al igual que problemas relacionados con el desarrollo del feto y el parto. Entre las causas ambientales están la contaminación ambiental y sus efectos en la salud, por ejemplo: el uso irracional de plaguicidas en los cultivos. Otras causas son la violencia y la escasa prevención de

accidentes ocupacionales o de tránsito, sin olvidar los casos que presentan traumas psicológicos y emocionales debidos a los conflictos armados. Otra clasificación de las causas que producen discapacidad son las enfermedades transmisibles, entre ellas tenemos: causas maternas, afecciones que surgen en el período perinatal, carencias nutricionales, enfermedades no transmisibles y lesiones las cuales se dividen en no intencionales e intencionales; entre las lesiones no intencionales se encuentran las lesiones causadas por accidente de tránsito, envenenamiento, caídas, incendios, ahogamiento y otras; entre las lesiones intencionales tenemos: lesiones auto provocadas, violencia interpersonal y lesiones relacionadas con la guerra.

De acuerdo con un estudio del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) 2010, la degradación ecológica en América Latina y el Caribe incide cada vez más en la salud de los habitantes de la región, donde el 11% de los años de vida perdidos por discapacidad son atribuidos directamente a causas ambientales, señala como causas: el agua y saneamiento inadecuado vinculados con la pobreza, la contaminación del aire urbano, químicos y desechos agroindustriales y polución en el ambiente doméstico. Respecto al tema del aire, el documento advierte que la contaminación atmosférica es responsable de 3% de las pérdidas de años de vida por discapacidad en América Latina y el Caribe. (Samaniego, 2006) Se considera según el PNUMA que factores ambientales son una de las principales causas para que surja la discapacidad en los países de América.

2.1.4 Tipos de Discapacidad

2.1.4.1 Discapacidad visual

El instituto de estadísticas, geográficas e informática de México (2006), hace referencia a la pérdida total o parcial de las funciones visuales y estructuras corporales del ojo, esto impide que el individuo pueda ejecutar alguna tarea dentro de los rangos considerados normales, tomando en cuenta su capacidad, habilidad real y las restricciones en su desempeño, razón por la cual los dispositivos ópticos deben ser ayudas necesarias para su normal desenvolvimiento dentro de su entorno. Término que engloba cualquier tipo de problema visual grave, ocasionado por patologías congénitas, accidentes de cualquier tipo o provocados por virus de diferentes orígenes. (Cebrían, 2003).

Según el Ministerio de Chile (2007), define a la discapacidad visual como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales¹ y las barreras² presentes en el contexto en que desenvuelve la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la discapacidad visual es "cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas". Esta

discapacidad puede ser un rasgo hereditario o fruto de alguna enfermedad. La OMS cataloga siete enfermedades como las causantes de ceguera:

- cataratas
- glaucoma
- uveítis
- degeneración macular
- opacidad corneal
- tracoma
- retinopatía diabética

2.1.4.1.1 Clasificación de la discapacidad visual

Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), se establece cuatro niveles de discapacidad visual que guardan correlación con los niveles de deterioro visual, los cuales se explican a continuación: a. Ceguera: Carencia de visión o sólo percepción de luz. Imposibilidad de realizar tareas visuales. b. Discapacidad visual profunda: Dificultad para realizar tareas visuales gruesas Imposibilidad de realizar tareas que requieren visión de detalle. c. Discapacidad visual severa: Posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones. d. Discapacidad visual moderada: Posibilidad de realizar tareas visuales

con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada, similares a las que utilizan las personas de visión normal.

2.1.4.2 Discapacidad auditiva

El instituto de estadísticas, geográficas e informática de México (2006), refiere que las discapacidades auditivas son las deficiencias en las funciones y estructuras del sistema auditivo, lo que limita al individuo llevar a cabo sus actividades diarias, la discapacidad auditiva dificulta que el individuo tenga una buena captación de sus funciones sensoriales. Razón por la cual es necesario ayudas técnicas auditivas que le faciliten al individuo una mejor percepción sensorial de su capacidad auditiva. Las personas con discapacidad auditiva enfrentan dificultad para adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo; también, uno de los medios que nos permiten adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás. A un niño con pérdida auditiva que no logra desarrollar un lenguaje le será muy difícil adquirir conocimientos y comprender los eventos a su alrededor. Implicaciones de la discapacidad auditiva: La pérdida auditiva es la incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona afectada no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva.

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo México (2010), la persona que no puede escuchar enfrenta graves problemas para desenvolverse en la sociedad, por las dificultades para detectar la fuente sonora, identificar cualquier sonido del habla o ambiental, seguir una conversación y sobre todo comprender el lenguaje oral. Estas pérdidas repercuten en el desarrollo de las habilidades del pensamiento, del habla y del lenguaje; también en la conducta, el desarrollo social y emocional, y el desempeño escolar y laboral. El grado de pérdida se especifica de acuerdo con el umbral de intensidad que una persona escucha. Se mide en términos de qué tan fuerte debe ser el sonido para escucharlo, y la unidad de medida es el decibelio. Una persona que sufre una pérdida de 60 decibelios puede oír sonidos como el ladrido cercano de un perro grande, un chiflido fuerte o el motor de un camión; pero no puede escuchar sonidos de menor volumen o intensidad, como las palabras en una conversación, el trinar de un ave o el agua de un río.

2.1.4.2.1 Clasificación de la discapacidad auditiva

Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), se pueden clasificar dependiendo en donde se localiza la lesión, pueden ser conductivas, neurosensoriales y mixtas. De acuerdo al grado de la pérdida auditiva se dividen en leve, moderada y severa. La pérdida conductiva: es la que se produce por una disfunción del oído externo o del oído medio. Se puede corregir a través de procedimientos médicos, farmacológicos o por medio de cirugías. Algunas de estas pérdidas son transitorias, por ejemplo: los cambios de presión que se producen al volar en avión o al subir una montaña. La pérdida neurosensorial: es producida por una lesión en el oído interno, a nivel de la

cóclea o del nervio auditivo. Este tipo de pérdida auditiva no se puede corregir, pero se puede ayudar con el uso de audífonos. La pérdida mixta: es la que presenta combinación de la pérdida conductiva y neurosensorial. La sordera: se puede definir como la pérdida total de la audición y representa una inhabilidad para escuchar y comprender el lenguaje hablado, también se puede decir que es la incapacidad para oír. Dentro de los grados de pérdida auditiva que corresponden a la sordera se conocen: el grado severo y el profundo. Las personas que tienen una pérdida severa tienen capacidad de escuchar palabras que se le griten en el oído. Necesita aprender lenguaje de señas o lectura labiofocal. En el grado profundo es incapaz de oír y entender aun cuando se le grite. Necesita rehabilitación o educación Especial. La hipoacusia: es la disminución de la audición, estas personas alcanzan a escuchar sonidos del medio ambiente y la voz. Las personas con este tipo de pérdida manifiestan problemas en su articulación y atención. Los de grado moderado tienen afectada la recepción del mensaje, discriminación y comprensión en medios ruidosos. Deben utilizar permanentemente el audífono.

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo México (2010), las pérdidas de audición se clasifican en función del momento en que ocurren:

- Congénita (desde el nacimiento). Puede ser de cualquier tipo o grado, en un solo oído o en ambos (unilateral o bilateral). Se asocia a problemas renales en las madres embarazadas, afecciones del sistema nervioso, deformaciones en la cabeza o cara (craneofaciales), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o enfermedades virales contraídas por la madre durante el embarazo, como sífilis, herpes e influenza.
- Adquirida (después del nacimiento). Puede ser ocasionada por enfermedades virales como rubéola o meningitis, uso de medicamentos muy fuertes o administrados durante

mucho tiempo, manejo de desinfectantes e infecciones frecuentes de oído, en especial acompañadas de fluido por el conducto auditivo. De acuerdo con el lugar de la lesión, las pérdidas auditivas se clasifican del siguiente modo:

- Conductiva. Se caracteriza por un problema en la oreja, en el conducto auditivo o en el oído medio (martillo, yunque, estribo y membrana timpánica), lo que ocasiona que no sea posible escuchar sonidos de baja intensidad. Puede derivar de infecciones frecuentes del oído que no se atienden correctamente.
- Neurosensorial. Sucede cuando en el oído interno (sensorial) o en el nervio auditivo hay una lesión que va del oído hacia el cerebro (neural), la cual le impide realizar su función adecuadamente, es decir, traducir la información mecánica en información eléctrica. Así, no se discriminan diferentes frecuencias, de modo que no se puede diferenciar un sonido de otro y es posible confundir palabras como sopa-copa o no escuchar sonidos como una conversación suave o el canto de los pájaros. Algunos niños nacen con este tipo de pérdida y otros la adquieren por la exposición continua a ruidos fuertes o bien a un sonido muy fuerte.
- Mixta. Se presenta cuando están afectadas la parte conductiva y la neurosensorial; o bien, según otra clasificación, si se presenta antes o después de la adquisición del lenguaje.
- Prelingüística. Es la que sobreviene desde el nacimiento o antes de que el niño desarrolle la comunicación oral o el lenguaje, por lo regular antes de los dos años. En este caso, al niño se le dificulta mucho desarrollar el lenguaje oral, dado que no escucha las palabras y no sabe cómo articularlas, por lo que requerirá servicios especiales.

- Poslingüística. Se presenta después de que el niño o adulto ha desarrollado la comunicación oral o el lenguaje.

Conforme a la duración, las pérdidas auditivas son:

- Temporales. Disminución de la audición de forma espontánea y durante un tiempo definido. Pueden ser causadas por un tapón de cerumen en el canal auditivo, ausencia o malformación de la aurícula y del conducto auditivo externo o infecciones en el oído.
- Permanentes. Pérdida irreversible que permanecerá durante toda la vida.

2.1.4.3 Discapacidad de lenguaje

El instituto de estadísticas, geográficas e informática de México (2006), hace referencia a la pérdida total del lenguaje como a su incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla, además comprende limitaciones graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles.

Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), definen como los problemas que dificultan la comunicación en forma oral, la expresión correcta de las palabras y las frases, así como las dificultades que se presentan a la hora de utilizar las reglas gramaticales, en reconocer los sonidos y en comprender el significado de oraciones y frases. También se les llama problemas de comunicación oral a las dificultades que presentan los estudiantes al comunicarse con otras personas en forma oral, así como cualquier alteración de la voz y la palabra, que por su importancia, requiere de rehabilitación. La Asociación Americana del Habla, el Lenguaje y la Audición afirman

que un problema de la comunicación es una dificultad en la habilidad para 1. Recibir y /o procesar un sistema de símbolos, 2. Representar conceptos o sistemas de símbolos. 3. Transmitir y usar sistemas de símbolos.

2.1.4.3.1 Clasificación de la discapacidad de lenguaje

Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), Los problemas pueden manifestarse a nivel de recepción, en la falta de comprensión de la comunicación de otros y en dificultades de la expresión, que impiden que una persona sea entendida por los demás. Los problemas más comunes son de omisión, sustitución, distorsión y adición. Omisión: Es cuando la persona omite un sonido o grupo de sonidos de la palabra, (ejemplo: tambo en lugar de tambor). Sustitución: Cambiar un sonido por otro de la palabra, (ejemplo: cado en vez de carro). Distorsión: Sucede cuando se produce un sonido de forma incorrecta. (ejemplo: el sonido de la s se pronuncia de manera incorrecta) Adición: Es agregar un sonido a una palabra.

Las causas de esta problemática lingüística son varias y entre ellas conviene destacar las siguientes: 1. La discapacidad cognitiva (de ligera a moderada) guarda una estrecha relación con el grado de eficiencia y el pronóstico evolutivo en el área de lenguaje aunque no existe una correlación causal entre CI y competencia lingüística. 2. Disfunciones de áreas cerebrales, relacionadas con el lenguaje, causadas por la anomalía genética. 3. Retraso mental. 4. Hipotonía generalizada que afecta a los órganos implicados en la

producción del lenguaje disminuyendo la capacidad de secuenciar los movimientos necesarios para el habla. (Brauner, 1989).

2.1.4.4 Discapacidad Mental

El instituto de estadísticas, geográficas e informática de México (2006), define a la discapacidad mental como la deficiencia de las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso. En donde se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender, las cuales se manifiestan con retraso o pérdida de la memoria y capacidad intelectual inferior al de su edad cronológica, además presentan discapacidad para comportarse tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas. La Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR, 1992), dice: “La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad”

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo México (2010), refiere a la discapacidad intelectual como la condición de vida de una persona, que obstaculiza su funcionamiento intelectual, sensorial y motriz, afectando su desarrollo psicomotor, cognoscitivo, de lenguaje y socio-afectivo. Estas limitaciones se manifiestan en

dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación; por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de número, los conceptos de espacio y tiempo, las operaciones de sumar, restar, multiplicar y dividir. La discapacidad intelectual puede presentarse en el ser humano antes del nacimiento, durante el parto o durante los cinco primeros años de vida, como resultado de altas temperaturas que producen meningitis y convulsiones, es decir, contracciones violentas e involuntarias que afectan el funcionamiento del cerebro; también por un traumatismo derivado de un golpe fuerte en el cerebro, que ocasiona diferentes formas y características de la discapacidad intelectual.

La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo, España “AAIDD” (2010) refiere que “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”.

2.1.4.4.1 Clasificación de la discapacidad Mental

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo México, (2010), Las discapacidades de tipo intelectual más comunes son:

- Síndrome de Down. Se trata de una alteración genética ocasionada por la presencia de un cromosoma extra en el par 21, y se produce durante la división celular en el momento de la gestación, sin que alguno de los padres sea responsable de que esto suceda. Las personas con síndrome de Down presentan rasgos físicos similares,

presentan características como: bajo tono muscular, discapacidad intelectual y retardo en el lenguaje.

- Hidrocefalia (cráneo demasiado grande) o microcefalia (cráneo pequeño). Son más visibles y también provocan discapacidad intelectual; sin embargo, es poco el porcentaje en que se presentan. Su apariencia física no parecen sufrir problemas, pero manifiestan una discapacidad intelectual severa, moderada o leve en su aprendizaje, lenguaje, forma de relacionarse, atención, comprensión y retención, lo que se traduce en necesidades educativas especiales que requieren satisfactores adecuados al nivel de esas necesidades.

Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), clasifica a la discapacidad mental en retraso mental leve: Los y las niñas con retraso mental leve, durante los años preescolares desarrollan habilidades sociales y de comunicación. Su discapacidad a nivel sensorial y psicomotora es mínima y generalmente no se identifica fácilmente, hasta edades más avanzadas, por un profesional. b. Retraso mental moderado: La mayoría de personas con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los años de pre primaria. Con supervisión pueden cuidar de sí mismos, también pueden desarrollar habilidades sociales y ocupacionales. c. Retraso mental severo: Desarrollan muy poco el lenguaje y comunicación, durante los primeros 6 años de vida. d. Retraso mental profundo: Por lo general, las personas que presentan este nivel de retraso, también tienen impedimentos neurológicos asociados.

2.1.4.5 Discapacidad Motora

El instituto de estadísticas, geográficas e informática de México (2006), define como aquella discapacidad que hace referencia a la deficiencia o pérdida de las funciones y estructuras corporales en los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso, en la cual se ve afectada la postura, el equilibrio del cuerpo, motricidad fina y motricidad gruesa, por lo tanto se considera que la discapacidad motora es aquella condición limitante para que los individuos desarrollen sus actividades de la vida diaria con normalidad. Según la Dirección de Calidad y desarrollo educativo de Guatemala (2006), La discapacidad motora se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción (falta o deterioro de uno o varios miembros del cuerpo) puede ser: brazos o piernas, mutilación de miembros superior o inferior (o de ambos).

Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2006), La alteración del aparato motor que dificulta o imposibilita el desarrollo de capacidades que permitan participar en actividades propias de la vida cotidiana como estar de pie, caminar, desplazarse, tomar y manipular objetos con las manos, hablar, hacer gestos, entre otras acciones que requieren movimiento y control de la postura corporal.

La alteración es causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso, del sistema muscular y de los sistemas óseo- articulario o de una interrelación de los tres sistemas, lo cual dificulta o imposibilita la movilidad funcional de algunas de las partes del cuerpo. La discapacidad motriz puede ser de tipo transitoria o permanente, se da en grados variables y, en algunos casos, puede presentar otros trastornos asociados. (Bonals, 2007).

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo, México (2010), la discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión.

2.1.4.5.1 Clasificación de la Discapacidad Motora según la Dirección General de Educación Indígena, México 2012.

Motriz	Osteo-articular	- Artrogriposis, - Miopatías
	Muscular	- Reumatismos infantiles, - Traumatismos
Neuromotriz	Lesión de médula espinal	- Malformaciones congénitas, -Traumatismos
	Lesión a nivel cerebral	- Parálisis Cerebral

Fuente: Dirección General de Educación Indígena, México 2012.

2.1.5 Clasificación internacional del funcionamiento de la Discapacidad (CIF)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento CIF se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. La CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, siendo su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones. El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones. El uso de categorías CIF en la descripción del funcionamiento de las personas ofrece una excelente oportunidad para mejorar la comunicación médico-paciente acerca del nivel de función y de los objetivos terapéuticos. (Fernández J., 2009). La CIF son términos utilizados para una mejor comprensión del estudio de la discapacidad en cuanto a la clasificación, actividades y restricciones.

Según la Organización Mundial de la Salud “OMS” (2001), la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones

en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

2.1.5.1 Modelos de la CIF

2.1.5.1.1 Modelo Político

El individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad. Tienen limitaciones y ausencia de respuestas debidas a factores culturales y sociales. Perpetúa la jerarquía del médico sobre la persona con discapacidad. El modelo incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, se considera a la persona discapacitada como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo minoritario. La posición del discapacitado dependería de la población y del abandono social y político en el que se encuentran, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con discapacidad. Por otra parte, el modelo de las minorías colonizadas asume el modelo médico como predominante o “dominante”, que considera a la persona discapacitada como incapaz de definirse, regularse y determinarse a sí misma. La persona discapacitada no podría regularse a sí misma y no tendría derechos, lo cual

haría mayor hincapié en problemáticas de índole mental y cognitiva, así como patologías en las cuales la dependencia de terceros sea mayor. (Padilla, 2010).

2.1.5.1.2 Modelo Médico Biológico

Según la organización mundial de la salud “OMS” (2001), el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial encargado de promover el desarrollo de medidas terapéuticas y compensatorias. Garantiza el desarrollo de actuaciones ante las situaciones de discapacidad. Las consecuencias de la enfermedad, definidas como discapacidad, fueron interpretadas y clasificadas, aplicando el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud.

El modelo biomédico sostiene que la salud es equivalente a la ausencia de enfermedad, de la que los síntomas son la expresión directa o indicador, mientras que la influencia de otros factores o las consecuencias de la enfermedad son de escasa relevancia. De esta forma, se mantiene un modelo que limita no sólo la comprensión holística de cualquier proceso patológico, sino también las posibilidades de intervención e identificación de factores relacionados con la repercusión, más allá de los síntomas, de una enfermedad

determinada sobre el bienestar y el desempeño de los individuos o las poblaciones, así como en el diseño de políticas sanitarias y de intervenciones eficaces. (Wade, 2003)

Según la Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades (2013), el paradigma biológico, médico o de rehabilitación, considera a la persona con discapacidad como “paciente” que para lograr su recuperación requiere atención especializada siendo receptor pasivo y, por ende, objeto de apoyo. Al considerar el origen bio-médico de la discapacidad, se la describe como una desviación observable de la normalidad de la estructura y/o función corporal-mental que surge a consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud.

2.1.5.1.3 Modelo Social

Según la organización mundial de la salud “OMS” (2001), el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos

humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política. La discapacidad no solo está dada por los déficits existentes en la persona sino a resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por relaciones interpersonales. Evalúa la persona en su contexto social y promueve la integración en la sociedad, considerando que la discapacidad no es únicamente un atributo personal. Según la Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades (2013), el modelo social se centra en la dignidad de la persona, valora el ser y no la condición; justiprecia la diversidad y -en consecuencia- la discapacidad como una característica de lo humano; subraya la interacción entre discapacidad y entorno, focalizando la inaccesibilidad como problema central concomitante tanto a las actitudes como a las posturas sociales, culturales y económicas que dificultan o impiden su participación en la sociedad. Posiciona a la persona con discapacidad como titular de derechos y responsabiliza al Estado de garantizar su ejercicio a través de la implementación de políticas públicas y acciones positivas. No se trata de una problemática familiar y menos individual, tampoco de un grupo ‘minoritario’, es una cuestión social por cuanto son las barreras sociales y físicas las que realmente discapacitan, sin perder de vista que está latente el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento y/o ciclo de la vida.

2.1.5.1.4 Modelo Universal

Plantea que la discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo. La discapacidad es una característica intrínseca de la condición

humana, de forma que no hay ser humano que posea un total repertorio de habilidades que le permita enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas de la sociedad y el entorno. El modelo universal de la discapacidad fue planteado por Irving Kenneth Zola y establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estamos en posición de riesgo. Por lo tanto, sin desconocer los logros de los grupos minoritarios, se debe buscar un planteamiento universal. Este modelo dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales. Este modelo sugiere valorar y aceptar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo, pues todos estamos en riesgo y ante ello, la sociedad debe dar respuesta. En este modelo, claramente promovido por países desarrollados o aquellos con mayor historia en el tema de discapacidad, las intervenciones, más que a personas particulares, estarían dirigidas a la población en general. (Padilla, 2010)

2.1.5.1.5 Modelo Bio-Psico-Social

Establece un lazo entre los distintos niveles biológico, personal y social que sustentan la discapacidad y enfatiza en desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada una de ellos, establece diferencias entre las deficiencias, las actividades y la participación en la sociedad. Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad. (Hoover, 2007)

2.1.5.2 Estructura de la CIF

Esta clasificación se divide en dos partes. 1. Funcionamiento y discapacidad. 2. Factores Contextuales. Cada una de esas dos partes se divide a su vez en dos componentes que pueden ser expresados en términos positivos y negativos:

1. Funcionamiento y discapacidad
 - Funciones y estructuras corporales

Positivos: integridad funcional y estructural

Negativos: Deficiencia

- Actividad y participación.

Positivos: Actividades y Participación.

Negativos: limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

2. Factores Contextuales

- ✓ Factores ambientales

Positivos: facilitadores

Negativos: barreras/obstáculos.

- ✓ Factores personales. No se clasifican en la versión actual de la CIF

2.1.6 Discapacidad con mayor incidencia en la Parroquia de Selva Alegre

2.1.6.1 Discapacidad Física

La Discapacidad física se clasifica en discapacidades permanentes y discapacidades temporales. Discapacidades Permanentes: Es una alteración persistente y no curativa que afecta al proceso de maduración. Afectando principalmente el tono muscular y la distonía. Entre ellos tenemos: parálisis cerebrales, espina bífida, poliomielitis, amputaciones del tren superior o inferior. Discapacidades Temporales, alteraciones temporales que impiden realizar sus actividades de la vida diaria y son curativas. Algunas de ellas son: prótesis,

alteraciones respiratorias, esguinces de tobillo, muñeca, problemas posturales. (Torres, 2010).

La discapacidad física se define como la pérdida total o parcial de la capacidad innata de un individuo para la realización de actividades. Dentro de las causas de la discapacidad física existen múltiples como son por factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas y otras; esto genera rigidez, dolor, parálisis, dificultad para controlar sus movimientos.

2.1.7 Factores Sociodemográficos de la Parroquia de Selva Alegre

El sr. Bladimiro Santander presidente de la junta parroquial de Selva Alegre en una entrevista (2014), refiere que Selva Alegre comienza a poblarse con la llegada de algunas familias oriundas de la parroquia San José de Minas de la provincia de Pichincha en el año 1925, y fue declarada Parroquia el 26 de octubre de 1936. Su nombre lleva en honor al Marqués de Selva Alegre Juan Pío Montufar. Las primeras familias que llegaron a habitar y liderar en este sector fueron del Sr. Francisco Gualo y la familia Mora encabezada por el Sr. Pedro Manuel Mora.

La parroquia de Selva Alegre tiene una población aproximada de 1750 habitantes, según al censo 2010, con una extensión de 113 Kilómetros cuadrados, su clima es cálido húmedo y varía entre los 1200 msnm y 1600msnm. Sus límites son al Norte el Río Intag y cuchilla Tollointag al Sur el Río Pamplona, al Este las Montañas de Cambugan, al Oeste por la confluencia de los Ríos Pamplona e Intag. 12 son las comunidades que conforman

la parroquia de Selva Alegre, las cuales son: Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos, Pamplona, San Luis, Barcelona, San Francisco, La Loma, Barrio Nuevo y Barrio Central. (Ver anexo 2).

2.2 Marco Legal

Derechos de las personas con Discapacidad según la Constitución de la República del Ecuador, 2008.

Título II: Derechos.

Capítulo Tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Sección Sexta: Personas con discapacidad.

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

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

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

3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

4. Exenciones en el régimen tributario.

5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.

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

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

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

11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.

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

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

2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.

3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.

4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.

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

6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención.

Ley Orgánica de Discapacidad según la Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012

Título II: De las personas con discapacidad, sus derechos, garantías y beneficios.

Capítulo Primero: De las personas con discapacidad y demás sujetos de ley.

Sección Primera: De los sujetos.

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

- a) Las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano;
- b) Las y los ecuatorianos con discapacidad que se encuentren en el exterior, en lo que fuere aplicable y pertinente de conformidad a esta Ley;
- c) Las personas con deficiencia o condición discapacitante, en los términos que señala la presente Ley;

d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad; y,

e) Las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención y cuidado de personas con discapacidad, debidamente acreditadas por la autoridad competente.

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

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

El Reglamento a la Ley podrá establecer beneficios proporcionales al carácter tributario, según los grados de discapacidad, con excepción de los beneficios establecidos en el Artículo 74.

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

diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

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

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

En el caso de personas ecuatorianas residentes en el exterior la calificación de la discapacidad se realizará a través de las representaciones diplomáticas de conformidad con el reglamento.

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

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

La autoridad sanitaria nacional, de oficio o a petición de parte, previa la apertura de un expediente administrativo, podrá anular o rectificar una calificación de discapacidad, por considerar que la misma fue concedida por error, negligencia o dolo del equipo calificador especializado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales correspondientes.

En este caso, la autoridad sanitaria nacional notificará al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades y al Registro Civil, Identificación y Cedulación para que los mismos procedan a la anulación o a la rectificación del respectivo registro; debiendo notificar a las personas naturales y/o jurídicas públicas, semipúblicas y privadas que correspondan.

Capítulo Segundo: De los derechos de las personas con discapacidad.

Sección Primera: De los derechos.

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

Sección Segunda: De la Salud.

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

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

Sección Tercera: De la Educación.

Artículo 27.- Derecho a la educación.- El Estado procurará que las personas con discapacidad puedan acceder, permanecer y culminar, dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, sus estudios, para obtener educación, formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o en un establecimiento de educación escolarizada, según el caso.

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

Sección Quinta: Del trabajo y capacitación

Artículo 45.- Derecho al trabajo.- Las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado.

Sección Sexta: De la vivienda

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

Régimen del Buen vivir según la Constitución del Ecuador, 2008.

Título VII: Régimen del buen vivir.

Capítulo Primero: Inclusión y equidad.

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.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo descriptivo, ya que se pretende establecer las características, propiedades y manifestaciones más esenciales relacionadas con el objeto de estudio, que es la discapacidad en las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre, del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el período de enero a octubre del 2014, a través de un diagnóstico georeferenciado. El estudio ha permitido caracterizar los factores sociodemográficos de la población objeto de estudio, las alteraciones permanentes, causas de la discapacidad, tipos más relevantes de la discapacidad, entre otras variables. Por tanto, se procedió al análisis y evaluación de los diversos aspectos, dimensiones y componentes del objeto de estudio. Además, la investigación corresponde a un estudio correlacional, ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre el diagnóstico georeferenciado y el problema de la discapacidad en los habitantes de la Parroquia de Selva Alegre. Finalmente el estudio es explicativo, ya que su interés se centra en explicar por qué ocurre el problema de la discapacidad y en qué condiciones se manifiesta, determinándose las causas y orígenes de las discapacidades permanentes.

Según el grado de abstracción corresponde a una investigación aplicada, con un grado de generalización Acción, ya que propende a generar cambios en la realidad donde se dan los hechos, mejorando la calidad de vida de las personas que padecen de esta problemática que es la discapacidad.

Por su naturaleza es una investigación cualitativa-cuantitativa. Cualitativa porque se identificó y analizó el problema de la discapacidad, tanto en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, en este sentido, la investigación tiene como característica común el referirse a sucesos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural. Se estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede, se interpreta los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Además es una investigación Cuantitativa, porque se procedió al tratamiento estadístico de los datos recolectados, clasificando y ordenando en tablas estadísticas para su análisis e interpretación.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental ya que no se manipula de una manera directa las variables de estudio, no hay comparaciones con ningún otro grupo de investigación; únicamente se realizó la recolección de datos tal como ocurren en su momento para poder analizarlos y generar resultados y de corte transversal ya que se realizó en un corte de tiempo, (marzo 2014) con una duración de un mes.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Para la realización de la investigación se trabajó con la población que conforma la parroquia Selva Alegre, del Cantón Otavalo, en un total de 227 familias, distribuidas en siete barrios y comunidades. (Ver anexo 8).

Parroquia Selva Alegre		
Barrios y comunidades	Total de habitantes	Nro. de Familias
Barrio Nuevo	155	31
Pamplona	90	18
San Luis	245	49
Barcelona	160	32
San Francisco	65	13
La Loma	130	26
Central	290	58
TOTAL	1135	227

Fuente: Sr. Bladimiro Santander, Presidente de la Junta Parroquial de Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

3.3.2 Muestra

En la presente investigación se utilizó la técnica del Censo, cubriendo la totalidad de la población objeto de estudio, y determinándose que de los 1135 habitantes (227 familias), 48 personas presentan algún tipo de discapacidad, en cada uno de los barrios, como se detalla en el siguiente cuadro:

Parroquia Selva Alegre				
Barrios y comunidades	POBLACIÓN		MUESTRA	
	Total de habitantes	Nro. de Familias	Nro. De personas con discapacidad	Porcentaje
Barrio Nuevo	155	31	4	12.5%
Pamplona	90	18	4	4.2%
San Luis	245	49	11	8.3%
Barcelona	160	32	6	33.3%
San Francisco	65	13	5	8.3%
La Loma	130	26	2	10.4%
Central	290	58	11	22.9%
TOTAL	1135	227	48	100%

Fuente: Sr. Bladimiro Santander, Presidente de la Junta Parroquial de Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

3.4 Identificación de las variables

Variable Independiente: La Discapacidad.

Variable Dependiente: Diagnóstico Georeferenciado. (Ver anexo 9)

VARIABLE INDEPENDIENTE: Discapacidad.				
Definición conceptual	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS	FUENTE
Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.	Alteraciones permanentes	-Sistema nervioso -Órganos de los sentidos -La voz y el habla -Sistema cardiorrespiratorio. -Digestión, metabolismo y hormonas. -Movimiento del cuerpo -Piel	Encuesta	Pobladores de la parroquia Selva Alegre.
	Origen y características de la discapacidad	-Enfermedad profesional -Consumo de psicoactivos -Accidente -Prestación de servicios -Acceso de servicios de salud - Educación	Encuesta	Pobladores de la parroquia Selva Alegre.

Elaborado por: Autoras de la investigación

VARIABLE DEPENDIENTE: Diagnóstico georreferenciado				
Definición conceptual	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS	FUENTE
La georreferenciación es un aspecto fundamental en el análisis de datos geoespaciales, es la base para la correcta localización de la información de mapa y, por ende, de la adecuada fusión y comparación de datos procedentes de diferentes sensores en diferentes localizaciones espaciales y temporales	Factores sociodemográficos	-Edad -Género -Etnia -Vivienda	Encuesta	Pobladores de la parroquia Selva Alegre.
	Servicios del gobierno	-Misión Manuela Espejo -Vivienda por Discapacidad -Bono Joaquín Gallegos Lara -Bono de desarrollo Humano	Encuesta	Pobladores de la parroquia Selva Alegre.

Elaborado: por Autoras de la investigación

3.6. Métodos de Investigación

3.6.1 Métodos Teóricos

3.6.1.1 Revisión bibliográfica

Este método hace referencia a las actividades de localización, búsqueda, identificación, selección, análisis crítico y descripción de la información existente sobre el problema a investigar. La revisión bibliográfica se utilizó como un instrumento guía para la elaboración del capítulo dos de esta investigación, optando por escoger la información más efectiva que favorezca a una mejor comprensión de la problemática de la discapacidad.

3.6.1.2 Análisis de contenido

Corresponden al campo del análisis de contenido las actividades en las que, partiendo de un conjunto de técnicas parciales pero complementarias, consisten en explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes y la expresión de ese contenido con la ayuda de indicios cuantificables o no. Todo ello con la finalidad de efectuar deducciones lógicas y justificables concernientes a la fuente. El análisis de contenido permitió comparar, estudiar, evaluar y analizar diferentes teorías o conceptos válidos y confiables existentes

a cerca de la discapacidad para determinar de una manera sistemática y objetiva los datos que van más acordes a esta investigación.

3.6.1.3 Métodos analítico-sintéticos

El método de análisis, consiste en la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos para estudiarlos de forma individual y poder comprender el todo. La síntesis, es la unión racional de los elementos dispersos para estudiarlos en su totalidad, es la recomposición de un nuevo todo. El método de análisis y síntesis han permitido realizar un estudio profundo y detallado de las condiciones de salud del objeto de estudio que es la discapacidad en los pobladores de la parroquia Selva Alegre.

3.6.1.4 Método Inductivo-Deductivo

El método deductivo es el movimiento del pensamiento que va de lo general hacia lo particular, permitiendo establecer la estructura del trabajo tomado como parámetros los temas más generales hasta llegar a los aspectos más particulares. La inducción es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales, como proceso lógico del pensamiento ha sido utilizado para inferir los resultados y conclusiones del estudio realizado.

3.6.2 Métodos Empíricos

3.6.2.1 Encuesta

La recolección de datos de las personas que presentan discapacidad en la Parroquia de Selva Alegre se realizó a través de una encuesta, la cual estuvo estructurada de 90 preguntas, las cuales fueron cerradas y opción múltiple, en donde se formuló interrogantes relacionadas con: los factores sociodemográficos, educación, factores económicos, participación en actividades familiares o comunitarias, caracterización y origen de la discapacidad. (Ver anexo 1).

3.6.2.2 Métodos Estadísticos

Estadística inferencial, con la utilización del sistema operativo Windows Excel y base de datos EPI INFO, así como medios electrónicos: 2 celulares con los que se realizó la encuesta electrónica como técnica estadística y el GPS con el cual se registró las coordenadas exactas de localización de cada una de las personas encontradas con discapacidad.

3.7 Valides 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 república de Colombia”. Instrumento que fue adaptado y validado por docentes de la carrera de Terapia Física Médica, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de febrero del año 2014 y revisado por expertos en la discapacidad.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

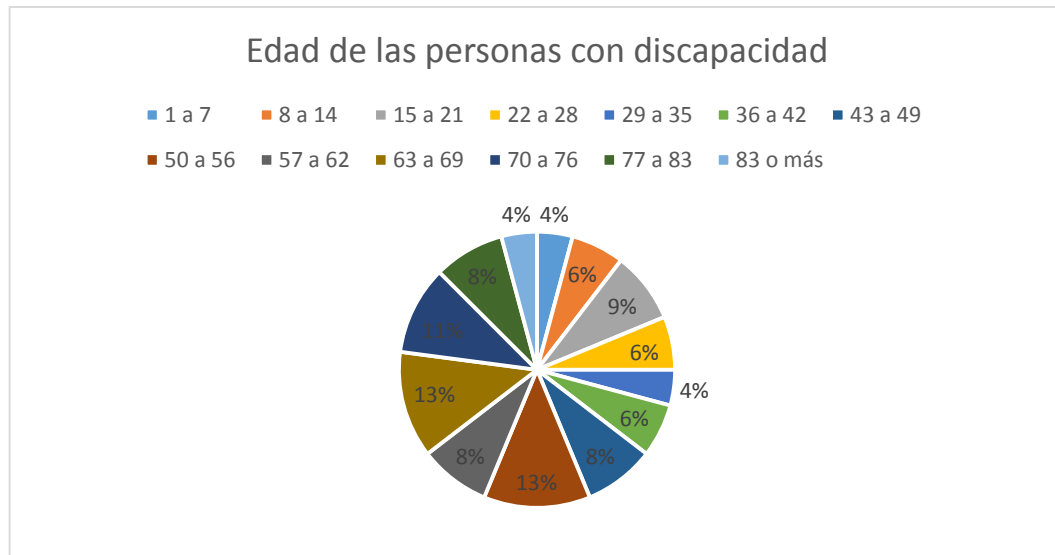
4.1 Análisis de resultados

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo dar a conocer de forma detallada los resultados que se obtuvieron durante el proceso de investigación por medio de las encuestas aplicadas en los pobladores de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre. En base a los resultados obtenidos, se muestra en cada grafica las características de la población con discapacidad.

ENCUESTA APLICADA A LA POBLACIÓN DE LA PARROQUIA SELVA ALEGRE

GRÁFICO 1. Edad de las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.

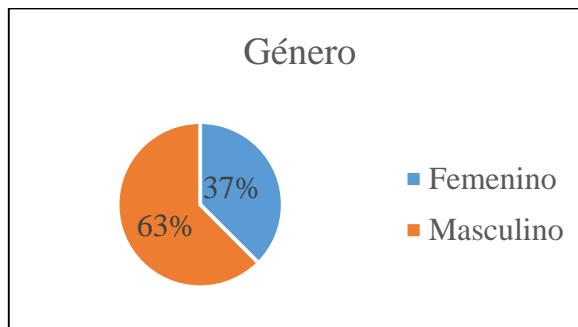


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: En este gráfico se observa que no existe una edad definida para que se presente la discapacidad, ya que se muestra desde un año hasta los cien años con iguales porcentajes. Sin embargo el 52% de la población se agrupa en el rango de 50 a 83 años de edad. La discapacidad es una alteración que afecta no solo a una determinada edad sino que se hace presente en toda la población en general.

GRÁFICO 2. Género de las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre).

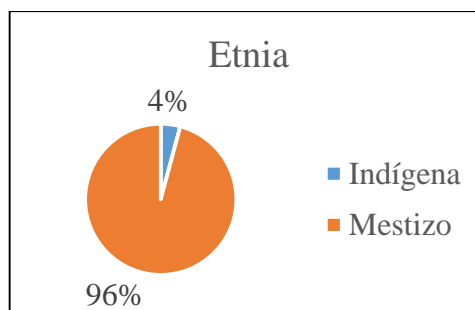


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: En esta gráfica se analiza que el mayor porcentaje de las personas que presentan discapacidad son de género masculino, representando el 63% de la población, esto se debe a que las comunidades de la parroquia de Selva Alegre están constituidas en su mayor parte por el sexo masculino.

GRÁFICO 3. Etnia de las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.

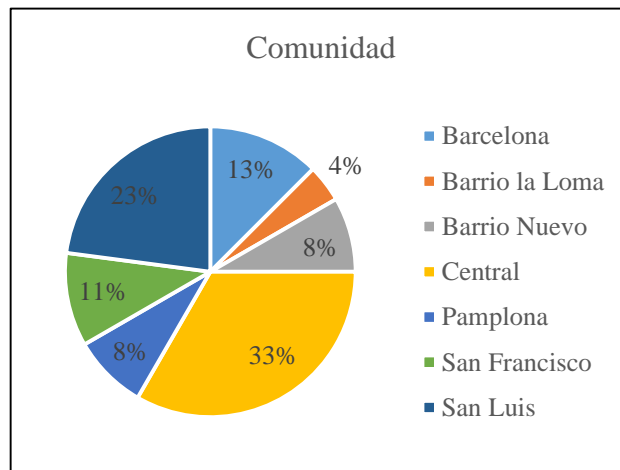


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: La parroquia de Selva Alegre está poblada de un 96% por personas de etnia mestiza, y un 4% representa la etnia indígena.

GRÁFICO 4. Comunidades de la parroquia de Selva Alegre donde habitan personas con discapacidad.

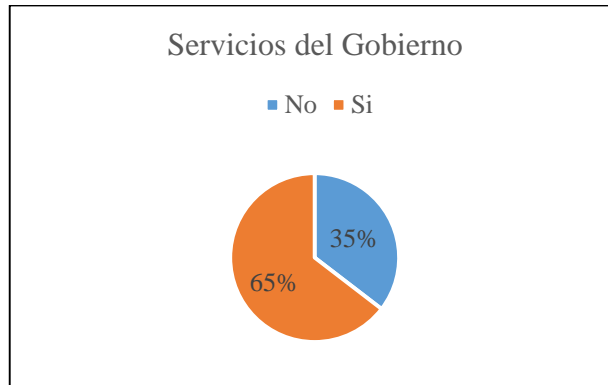


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: En las comunidades de la parroquia de Selva Alegre se observa que la comunidad del barrio Central es donde se encuentra el mayor número de personas con discapacidad con un porcentaje del 33%, seguido de la comunidad de San Luis en un 23%. Esto se debe a que la población está distribuida en su mayor parte en estos dos lugares.

GRÁFICO 5. Aportes del Gobierno a las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.

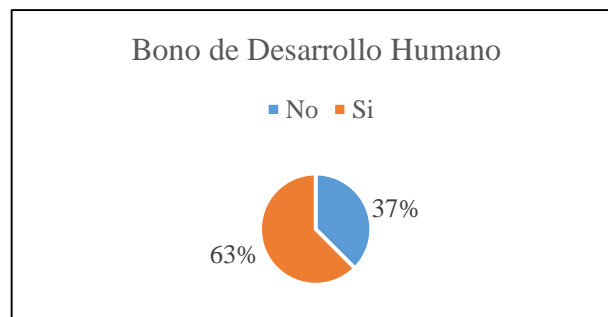


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre cuentan con un apoyo de los servicios del Gobierno en un 65%. De los datos se infiere que una parte significativa de la población, en promedio del 35% no recibe ninguna ayuda del estado.

GRÁFICO 6. Bono de desarrollo humano a las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.



Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Un 63% de las personas que habitan en las comunidades de Selva Alegre son beneficiarios del bono de desarrollo humano. Esto permite que puedan sustentar en cierta medida sus necesidades de supervivencia.

GRÁFICO 7. Habitantes de la parroquia de Selva Alegre que se encuentran favorecidas por la misión Manuela Espejo.

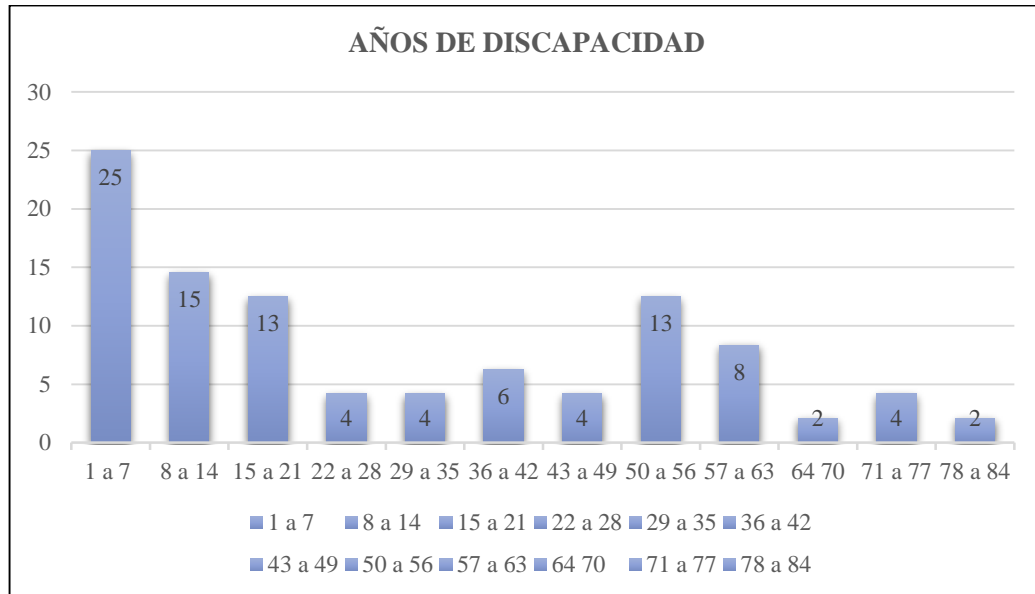


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Un 98% de las personas que habitan en las comunidades de Selva Alegre no son beneficiarios de la misión Manuela Espejo, a pesar de que en esta Parroquia si habitan personas con discapacidad.

GRÁFICO 8. Años de discapacidad de las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.

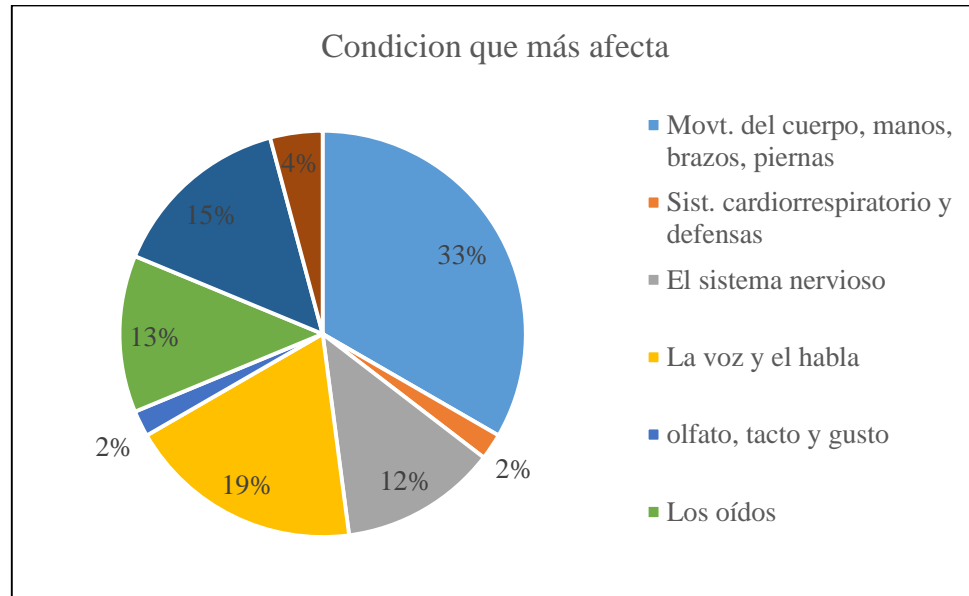


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: En la población objeto de estudio se observa que el tiempo de aparición de la discapacidad no tiene una evolución específica, en donde se observa que el 53% de la población presenta una discapacidad entre 1 a 21 años, de esto se infiere que la discapacidad tiene poco tiempo de aparición en los pobladores de la parroquia de Selva Alegre.

GRÁFICO 9. Condiciones de la discapacidad de la población de la Parroquia de Selva.



Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: La condición de salud que más afecta a la población de Selva Alegre, en un 33% es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido de este con un 19% la voz y el habla y en tercer lugar con un 15% la visión, y las afecciones de menor incidencia son el sistema cardiorrespiratorio y los demás órganos de los sentido (olfato, tacto y gusto) con un 2% cada uno.

GRÁFICO 10. Alteraciones que más afectan a la población con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre.

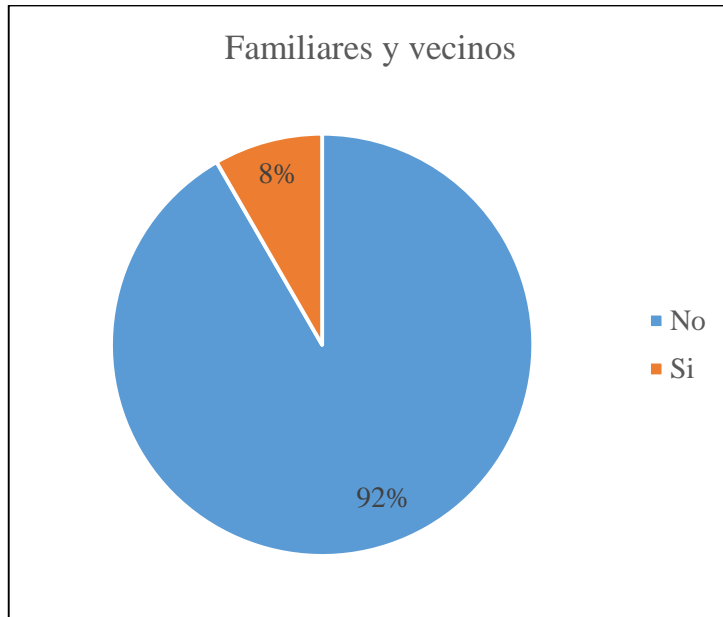


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Se observa que la alteración que más afecta a la población con discapacidad de Selva Alegre, son las actividades relacionadas con caminar, correr y saltar en un 40%, seguido de otra alteración como es el habla y la comunicación en un 35% y en tercer lugar llevar, mover, utilizar objetos con las manos en un 21%, el 19%, para percibir luz, distinguir cosas, a pesar de usar lentes o gafas.

GRÁFICO 11. Personas quiénes presentan actitudes negativas que impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía.

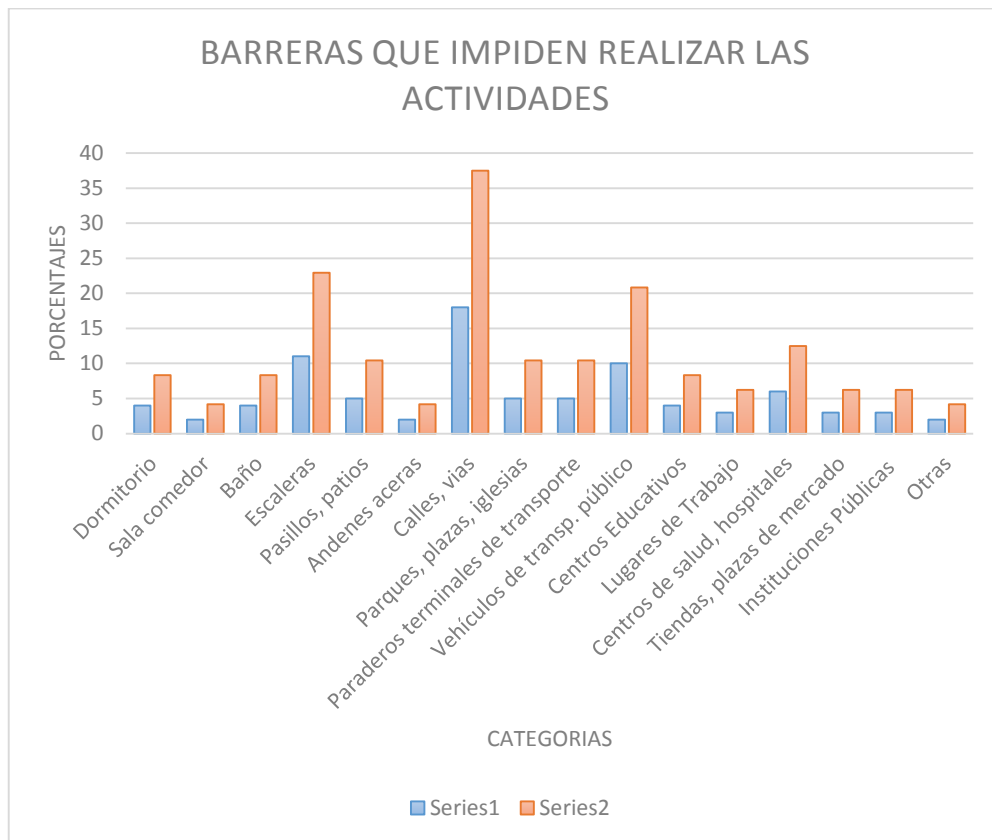


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Familiares y vecinos son quienes presentan actitudes negativas hacia las personas con discapacidad en un porcentaje muy reducido, 8,3%, por lo que se deduce que en la actualidad existe un compromiso social con las personas que presentan discapacidad, recibiendo ayuda de sus familiares e incluso vecinos.

GRÁFICO 12. Barreras que impiden a las personas con Discapacidad desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.

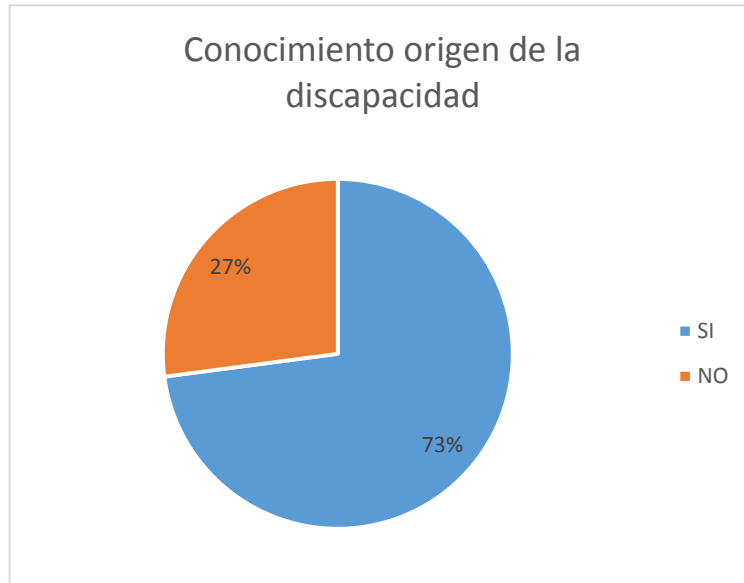


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Las principales barreras que impiden que las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre se desplacen con facilidad y seguridad, son las calles y vías en un 38%, seguidas de un 23% las gradas y escaleras y un 21% vehículos de transporte público.

GRÁFICO 13. Origen de la discapacidad de las personas que habitan en la Parroquia de Selva Alegre Otavalo.

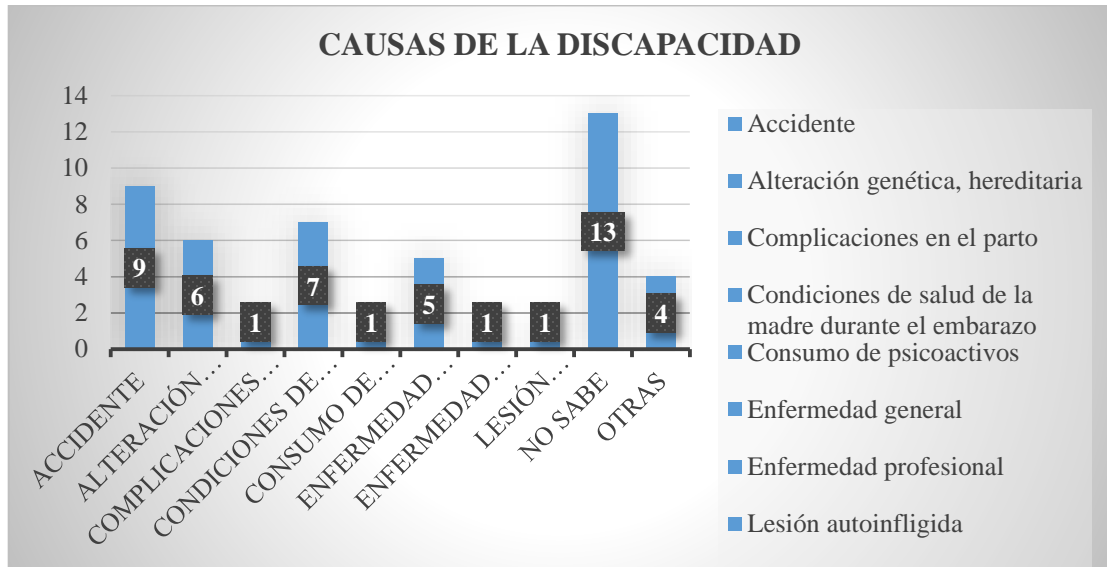


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 73% de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre conocen el origen de su problema, el 27% de las personas con discapacidad desconocen el origen.

TABLA 14. Causas de la discapacidad de las personas que habitan en la Parroquia de Selva Alegre Otavalo.

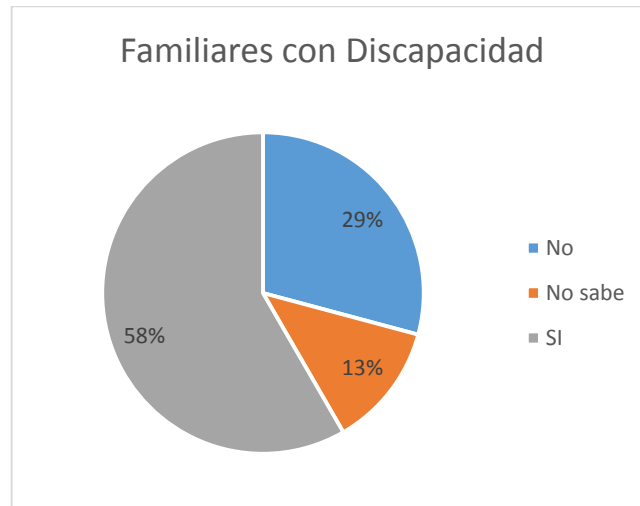


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: La mayor parte de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre conocen el origen de su problema, siendo las causas más frecuentes, en un 18,8% por accidentes, 14.6% condiciones de salud de la madre durante el embarazo, y en un 12.5 % alteración genética o hereditaria.

GRÁFICO 15. Población con discapacidad que tienen familiares con otra o la misma discapacidad.

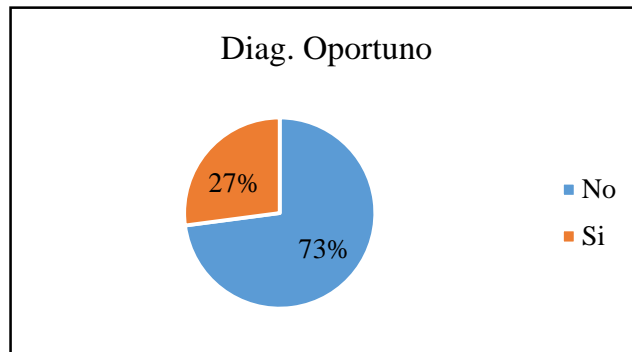


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 58% de la población con discapacidad si tiene familiares que presentan la misma o cualquier otro tipo de discapacidad, de esto se puede inferir que una de las principales causas para que se origine la discapacidad es por alteraciones genéticas o hereditarias.

GRÁFICO 16. Diagnóstico oportuno de la discapacidad en la población de la Parroquia de Selva Alegre.

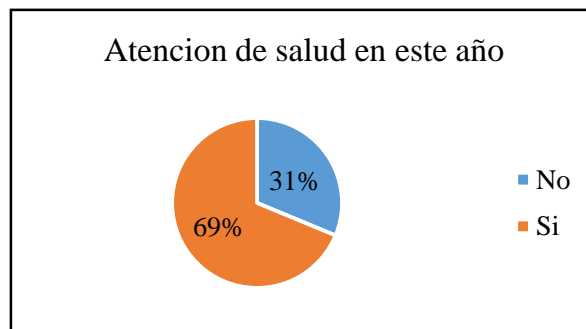


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 27% de la población no recibió un diagnóstico médico oportuno, debido a que es una zona donde no cuentan con buenos servicios de salud, además es una de las parroquias más lejanas del Cantón Otavalo.

GRÁFICO 17. Atención de salud en este año de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre.

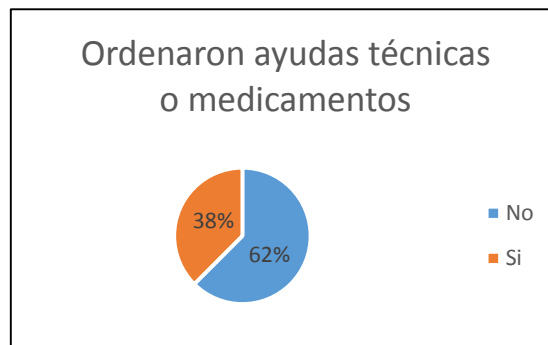


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Las personas con discapacidad que han recibido atención médica durante el último año es de un 69%, y el 31% no han recibido atención debido a que les es más difícil su traslado ya que no cuentan con carreteras en buen estado.

GRÁFICO 18. Prescripción de ayudas técnicas y farmacológicas para personas con discapacidad.

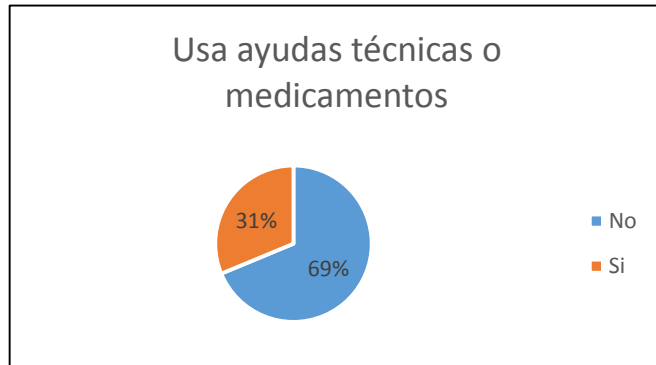


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: EL 62% de la población con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre no les ordenaron ayudas técnicas o medicamentos debido a que no tuvieron un diagnóstico oportuno a causa de vivir en lugares de difícil acceso.

GRÁFICO 19. Utilización de ayudas técnicas, farmacológicas para personas con discapacidad.

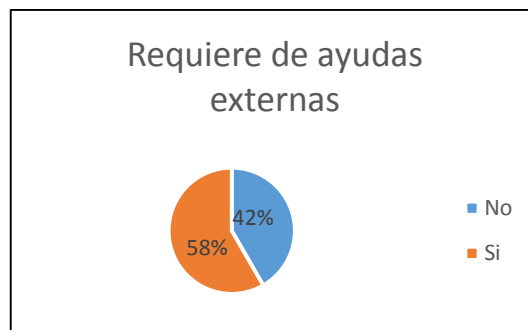


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 69% de las personas con discapacidad no hace uso de ayudas técnicas o medicamentosas debido a que no les fue prescrito y tan solo el 31% utilizan algún tipo de ayuda ya sea técnica o medicamentosa.

GRÁFICO 20. Requerimiento de ayudas externas para personas con discapacidad.

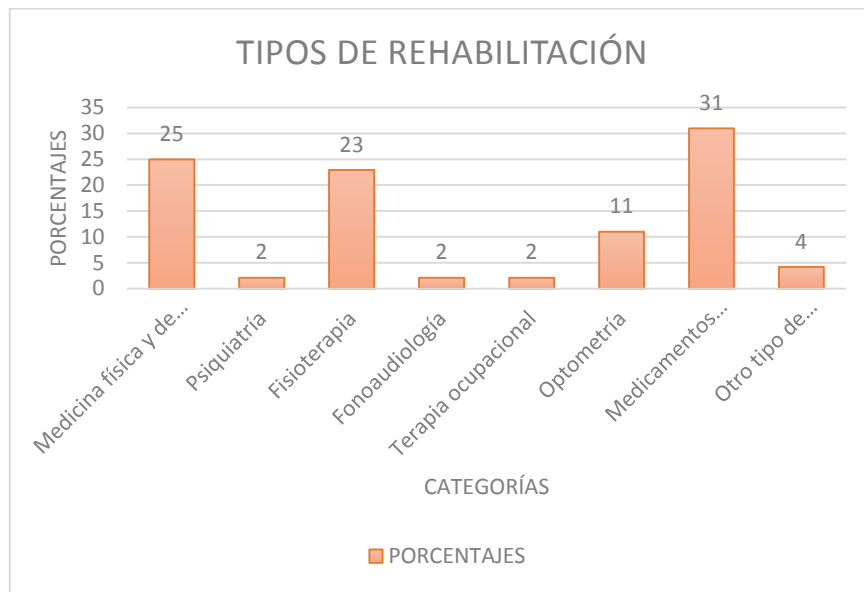


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Las personas con discapacidad que requieren de la ayuda de un familiar o de terceras personas para la normal ejecución de sus actividades de la vida diaria son del 58%, esto se debe al alto grado de limitación funcional presentes en las personas con discapacidad.

GRÁFICO 21. Tipos de rehabilitación ordenadas a las personas con discapacidad.

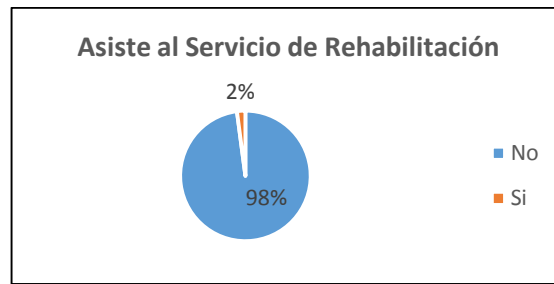


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Al 31% de la población con discapacidad le ordenaron el consumo de medicamentos permanentes, al 25% les ordenaron medicina física y rehabilitación, mientras que al 23% les ordenaron fisioterapia y en un 10% optometría. Por lo tanto se infiere que las personas que tuvieron un diagnóstico oportuno fueron a quienes se les prescribió algún tipo de ayuda o medicamento para contrarrestar en cierta medida sus molestias.

GRÁFICO 22. Asistencia a rehabilitación de las personas con discapacidad.

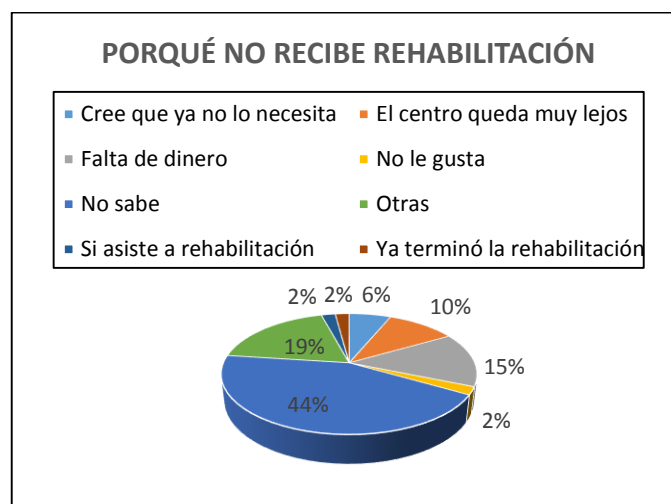


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 98% de la población con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre no asiste a ningún servicio de Rehabilitación debido a que no cuenta con un buen servicio de salud y menos aún con un servicio de rehabilitación que aporte a mejorar su condición de vida.

GRÁFICO 23. Causas por las que no reciben rehabilitación las personas con discapacidad.

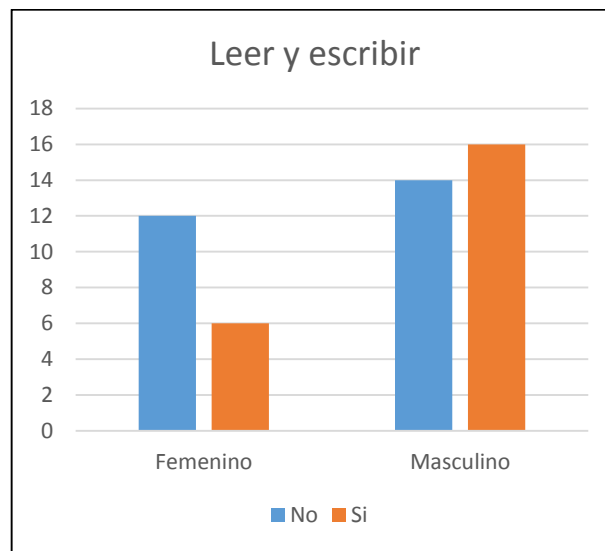


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre.

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: La mayor parte de las personas con discapacidad no reciben Rehabilitación ya que no saben de la existencia de algún centro de rehabilitación, la falta de dinero o centros que quedan muy distantes a la parroquia de Selva Alegre.

GRÁFICO 24. Nivel de alfabetismo de la población con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre.

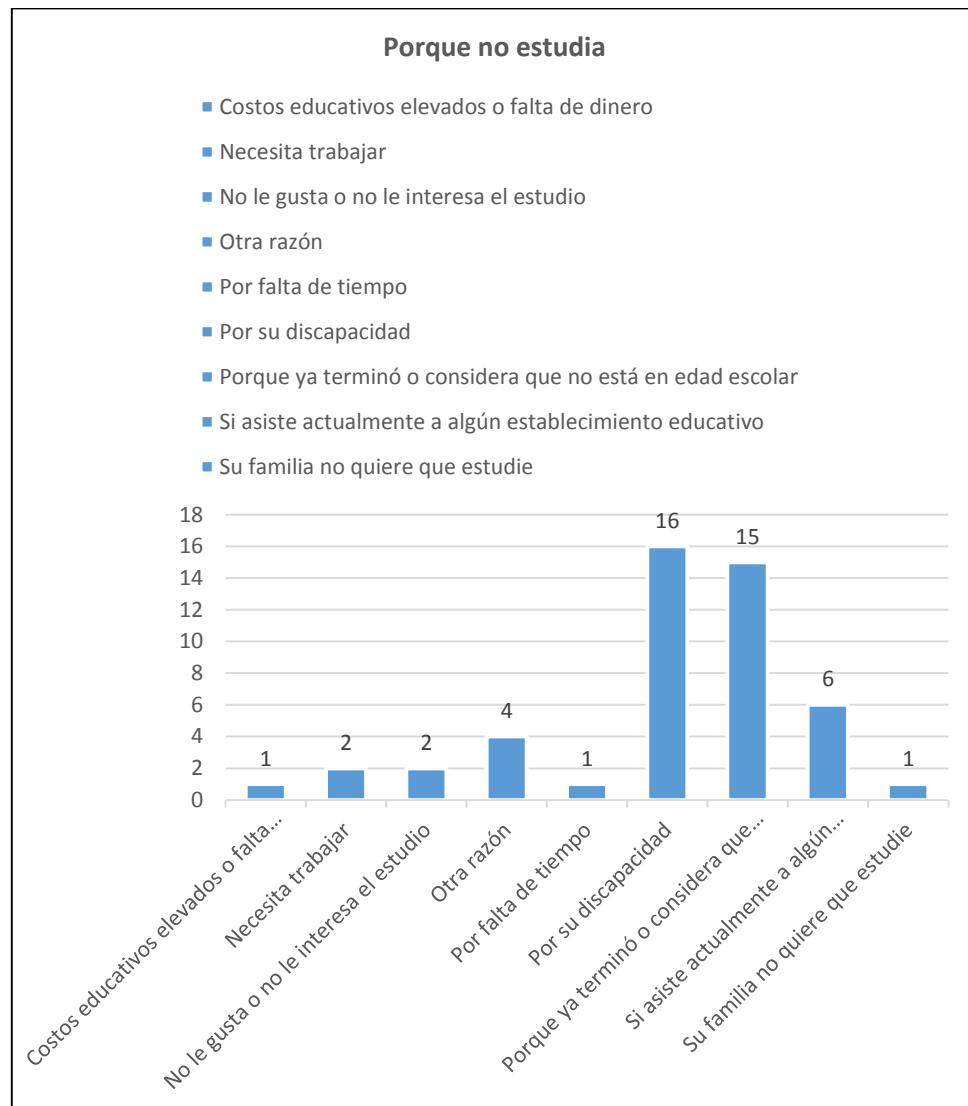


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: 12 de las 18 personas del sexo femenino no saben leer ni escribir y 14 de 30 personas del sexo masculino tampoco sabe leer ni escribir, lo que corresponde al 54,2%, por tanto se puede observar que existe un nivel medio de analfabetismo con predominio del sexo femenino.

GRÁFICO 25. Condiciones de educación de la población con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre.

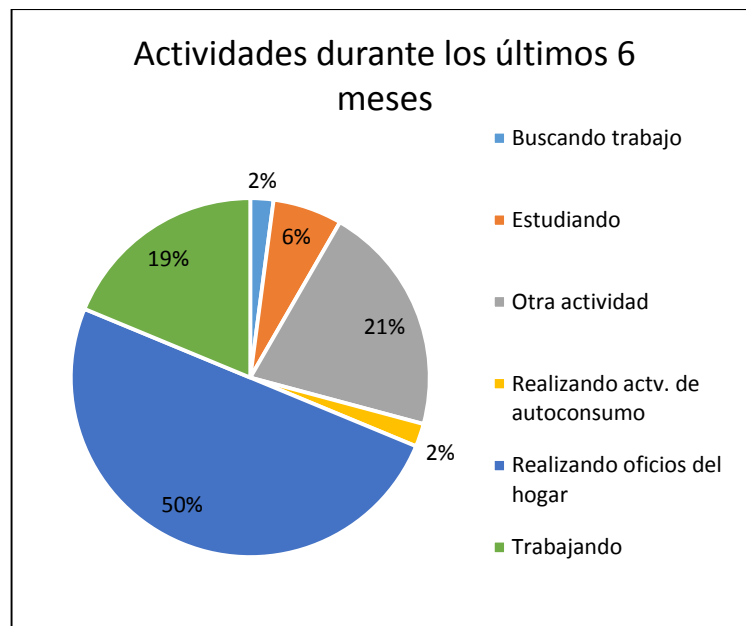


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: En este gráfico se observa que el 33% de las personas con discapacidad no estudiaron o no estudian debido a su condición de salud, y un 31% de la población consideran que no están en edad escolar.

GRÁFICO 26. Actividades de la Parroquia de Selva Alegre de Otavalo.

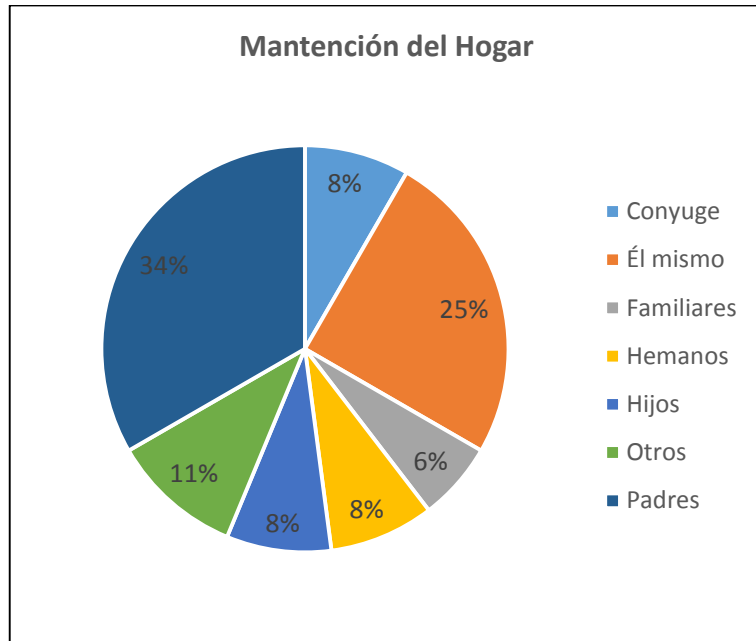


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: El 50% de la población con discapacidad se encuentra realizando oficios del hogar durante los últimos 6 meses, mientras que el 2% de la población se encuentran buscando trabajo y realizando actividades de autoconsumo para su subsistencia.

GRÁFICO 27. Personas que sustentan el hogar de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre de Otavalo.

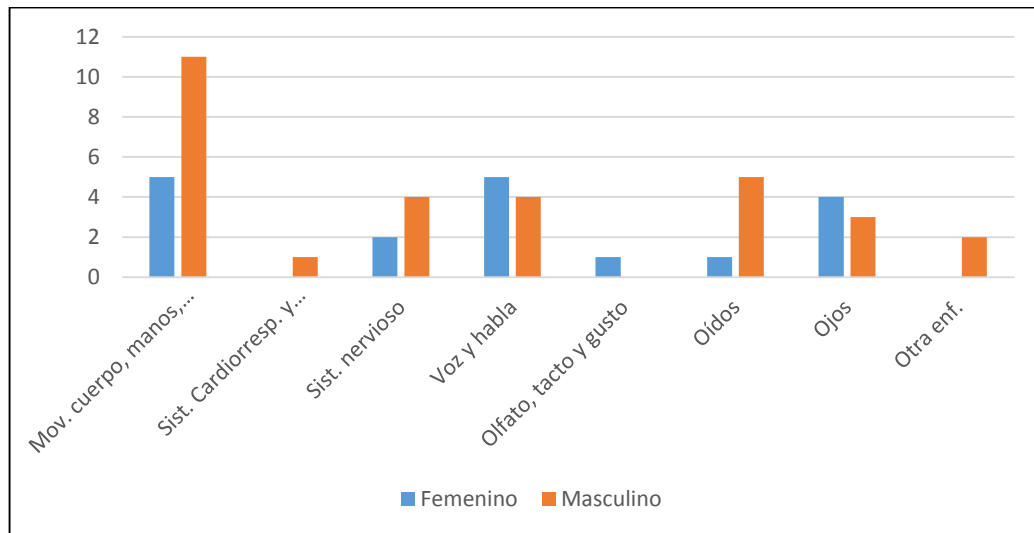


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: EL 33% de las personas con discapacidad sustentan sus necesidades básicas mediante la ayuda económica que reciben de sus padres, mientras que el 25% es sustentado por sí mismos, esto infiere que debido a su grado de discapacidad se les es difícil ejecutar actividades laborales.

GRÁFICO 28. Relación condición que más afecta-género de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre.

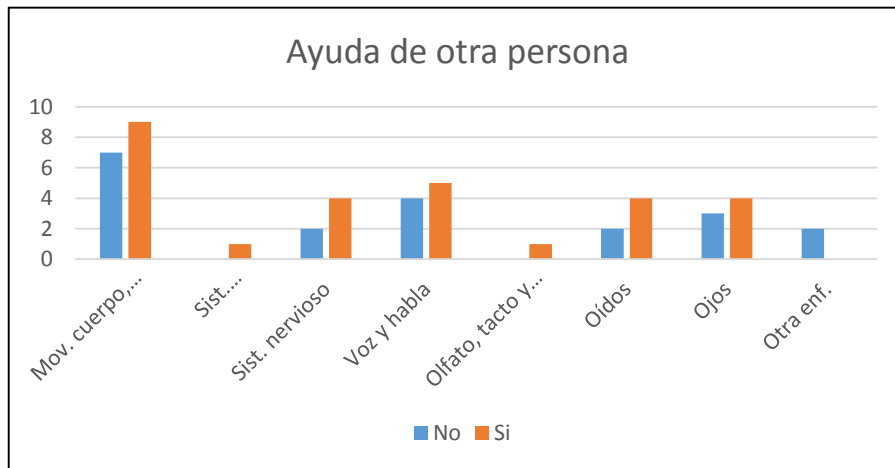


Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Se observó que existen 16 personas que presentan un afección del movimiento del cuerpo, brazos, manos y piernas de los cuales 11 pertenecen al sexo masculino y 5 al sexo femenino, la segunda condición que más afecta es la voz y el habla con un total de 9 personas en donde 5 pertenecen al sexo femenino y 4 al sexo masculino, también se evidencia la afección de los ojos.

GRÁFICO 29. Relación condición que más afecta de las personas con Discapacidad con si necesita ayuda de otra persona para realizar sus actividades normales de la vida diaria.



Fuente: Pobladores de la parroquia Selva Alegre

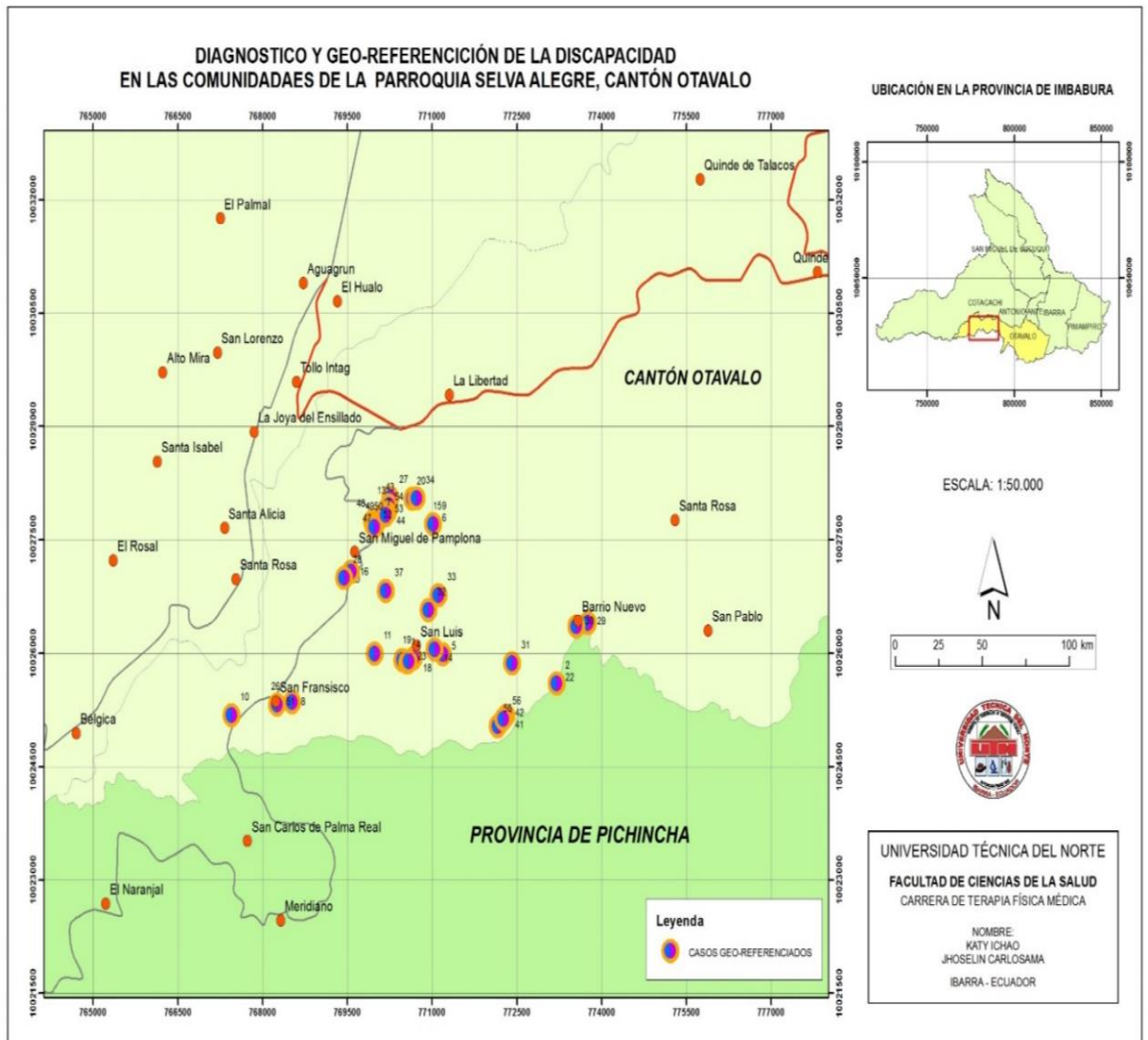
Elaborado por: Autoras de la investigación

Análisis: Las personas que más necesitan de la ayuda de un familiar, son aquellas que presentan alteraciones en el movimiento del cuerpo, brazos, manos y piernas, así como personas con problema de vista y audición, ya que presentan un mayor grado de dificultad para su desenvolvimiento en el entorno social.

4.2 Georeferenciación de la discapacidad

Se utilizó la georeferenciación como una técnica geográfica, para asignar mediante el GPS, las coordenadas de localización exactas de los lugares donde habitan las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre evidenciándose mayor discapacidad en el barrio Central y en la comunidad de San Luis, de tal manera que esto sirva como referencia para futuras investigaciones.

Mapa de georeferenciación de la Parroquia de Selva Alegre



Elaborado: Instituto de geomática de la Universidad Técnica del Norte

4.3 Discusión de resultados

Las personas que habitan en las comunidades de Barrio Nuevo, Pamplona, San Luis, Barcelona, San Francisco, La Loma y Central de la Parroquia de Selva Alegre, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura presentan un índice medio de discapacidad, con predominio en la etnia mestizo y del sexo masculino, haciéndose presente en diferentes edades sin que haya alguna prevalencia específica, las personas con discapacidad en su mayoría son pobladores de las comunidades central y San Luis. Las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre cuentan con un apoyo de los servicios del Gobierno en un 65%, bono de desarrollo humano. De los datos se infiere que una parte significativa de la población, en promedio del 36% no recibe ninguna ayuda del estado, en cuanto a servicios y bono de desarrollo humano, peor aún del programa Manuela Espejo, que apenas es beneficiaria una persona.

La condición de salud que más afecta a la población de Selva Alegre es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido de este con problemas de voz y el habla y en tercer lugar con la visión, lo que impide que estas personas puedan realizar sus actividades de la vida diaria con normalidad y su desenvolvimiento en la sociedad.

De la información se evidencia que apenas la mitad de la población con discapacidad participa en actividades con la familia, la comunidad, culturales y religiosas. Casi la totalidad de la población, no participa en actividades productivas, deportivas o de recreación, debido a su nivel de discapacidad, así como también se determina que la participación en educación no formal, ciudadana y organizacional es mínima.

La mayor parte de las personas con discapacidad conocen el origen de su condición, siendo las causa más frecuentes por accidente en un 18,8%, un grupo considerable no recibieron un diagnóstico oportuno, sin embargo, un grupo significativo han recibido atención médica durante este último año, recibiendo ayudas técnicas o farmacológicas, fisiatría, fisioterapia y optometría pero actualmente la mayoría de las mismas no utilizan dichas ayudas por la falta de recursos económicos para sostener sus gastos, además más de la mitad de la población requieren de la ayuda de un familiar o de terceras personas para la normal ejecución de sus actividades de la vida diaria.

Un grupo considerable, más de la mitad de la población con discapacidad no sabe leer ni escribir, habiendo mayor índice de analfabetismo en el sexo femenino esto refleja que los establecimientos educativos no cuentan con servicios pedagógicos acordes a sus necesidades, además la mayoría dejó de estudiar por su condición de salud y consideran que ya no están en edad escolar. En los últimos seis meses las personas con discapacidad han estado realizando oficios del hogar lo cual no les faculta a tener ingresos mensuales lo que les lleve a ser sustentados por sus padres. El mayor índice de las personas con discapacidad no ha recibido orientación ya que no ejecutan ningún tipo de actividad que requiera una capacitación para su trabajo.

Comparando esta investigación con un estudio realizado en España en el año 2009, se evidencia que la discapacidad en España se hace presente con mayor prevalencia en el sexo femenino, mientras que en la parroquia de Selva Alegre prevalece en el sexo masculino, sin embargo estos dos estudios se asemejan en que las personas con discapacidad tienen bajos recursos económicos, ya que no poseen trabajo ni una educación adecuada, además que su entorno se encuentra limitada en cuanto a las condiciones de

vivienda y transporte. Por otra parte también esta investigación se asemeja con un estudio realizado en Colombia en el año 2012, en cuanto a que la mayoría de las personas con discapacidad desconocen su causa y siendo la condición que más afecta la discapacidad motora.

4.4 Preguntas de investigación

¿Cuál es el número de personas con discapacidad, que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales?

Las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre cuentan con un apoyo de los servicios del Gobierno en un 65%, que corresponde a 31 personas. El 63%, 30 personas, el bono de desarrollo humano y una persona, 2%, del programa Misión Manuela Espejo. De los datos se infiere que una parte significativa de la población, en promedio del 36% no recibe ninguna ayuda del estado, en cuanto a servicios y bono de desarrollo humano, peor aún del programa Manuela Espejo, que apenas es beneficiaria una persona.

¿Qué tipo de discapacidad se presenta con mayor prevalencia en los pobladores de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre?

La condición de salud que más afecta a la población de Selva Alegre, es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido de la voz y el habla y en tercer lugar la visión,

como alteraciones más significativas. Las afecciones de menor incidencia son el sistema cardiorrespiratorio y los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto). De lo anterior se observa que las alteraciones que más afectan a la población, son las actividades relacionadas con caminar, correr y saltar, seguido de otra alteración como es el habla y la comunicación y en tercer lugar llevar, mover, utilizar objetos con las manos, percibir luz, distinguir cosas, a pesar de usar lentes o gafas.

¿Cuál es el origen y características más relevantes de la discapacidad en el grupo de personas investigadas?

El 73% de las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre conocen el origen de su problema, siendo las causas más frecuentes, por accidentes, condiciones de salud de la madre durante el embarazo, y alteración genética o hereditaria. Un grupo considerable de personas con discapacidad desconocen el origen.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las comunidades de la Parroquia de Selva Alegre?

En las comunidades que conforman la parroquia de Selva Alegre, se han determinado 48 personas con algún nivel de discapacidad, siendo el mayor porcentaje de personas con discapacidad del sexo masculino y etnia mestizos, casi en su totalidad. La comunidad del barrio Central es donde se encuentra el mayor número de personas con discapacidad, seguido de la comunidad de San Luis. La mayoría de las personas viven en una casa,

mientras que un 2% vive en un cuarto y otro 2% habitan en otro tipo de vivienda. Más de la mitad de la población con discapacidad no sabe leer ni escribir esto refleja que los establecimientos educativos no cuentan con servicios pedagógicos acordes a sus necesidades. El nivel de educación de la población en su mayoría es preescolar y básica, y en mínimo porcentaje bachillerato. Casi la totalidad de la población, no participa en actividades productivas, deportivas o de recreación, debido a su nivel de discapacidad, así como también se determina que la participación en educación no formal, ciudadana y organizacional es mínima. En cuanto a la actividad laboral se determina que gran parte de la población no trabaja, debido a su discapacidad.

¿Cómo determinar la ubicación de las personas con discapacidad en las comunidades de la parroquia de Selva Alegre?

La georeferenciación de la discapacidad se realizó a través del GPS como un instrumento geográfico que permitió obtener los datos necesarios para que con ayuda del instituto de geomática de la Universidad Técnica del Norte, se pueda determinar las coordenadas de localización de cada uno de los lugares donde viven las personas con discapacidad de la parroquia de Selva Alegre.

4.5 Conclusiones

- La población de la Parroquia de Selva Alegre presenta un índice medio de discapacidad, como consecuencia de la falta de ingresos económicos, sumado a esto no cuentan con vías accesibles que permitan el fácil traslado de las personas con discapacidad a los servicios de salud y lo que conllevó a que no obtuvieran un diagnóstico oportuno.
- A través de los servicios del gobierno las personas con discapacidad se han visto favorecidas en gran medida para cubrir algunas necesidades básicas permitiendo que ellos tengan cierta estabilidad en su vivir, pese a actitudes negativas de familiares y vecinos que denigran su desenvolvimiento en la sociedad.
- Las alteraciones que más afecta a la población con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre son el movimiento del cuerpo, voz, habla y visión; teniendo como barreras el entorno donde la persona con discapacidad se desenvuelve, lo que impide que ejecute con normalidad sus actividades de la vida diaria.
- Se concluye que las personas con discapacidad en su mayoría tienen un nivel de instrucción baja, debido a que muchos de ellos no cursaron sus estudios debido a su discapacidad, lo que desencadena un alto índice de analfabetismo.
- Finalmente, se observó que la mayoría de las personas con discapacidad no ejecutan una actividad económica estable, por lo cual no tienen ingresos mensuales, haciendo que sus padres sustenten sus necesidades, por lo tanto no recibieron capacitaciones para llevar una actividad laboral con normalidad.

4.6 Recomendaciones

- Socializar a los profesionales del área de terapia física a cerca de la importancia que aborda el estudio de la discapacidad, tomando en cuenta la clasificación internacional de funcionalidad de la discapacidad dentro de la provincia como del país y del mundo entero.
- Encaminar a la sociedad a que permitan la inclusión plena y autónoma de las personas con discapacidad, implementando más ayudas asistenciales y servicios que faciliten el libre acceso a áreas de salud y al entorno donde se desarrollan las personas con discapacidad.
- Permitir la inserción laboral de las personas con discapacidad dentro de las instituciones públicas como privadas que corrobore la libre participación y ejecución de actividades, dentro de un puesto de trabajo acorde a sus necesidades y funcionalidad.
- Diseñar programas que permitan concientizar a la ciudadanía a cerca de la no discriminación de las personas con discapacidad y la equidad de derechos humanos.
- Seguir esta investigación con los datos obtenidos de las personas con Discapacidad que habitan en la Parroquia de Selva Alegre, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura con el fin de colaborar a mejorar su calidad de vida.

GLOSARIO

Accesibilidad: Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones.

Accidente de trabajo. Lesión corporal o perturbación funcional del trabajador, sea en la ejecución del trabajo o como consecuencia de este y que dicha perturbación sea producida por la acción repentina o violenta de causa exterior o del esfuerzo realizado.

Apoyos. Recursos y estrategias que promueven los intereses y el bienestar de las personas y que tienen como resultado una mayor independencia y productividad personal, mayor participación en una sociedad interdependiente, mayor integración comunitaria y una mejor calidad de vida.

Ayudas técnicas: Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.

Barreras: Factores en el entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Se incluyen: entornos físicos inaccesibles, falta de una adecuada asistencia tecnológica y actitudes negativas hacia la discapacidad.

Calidad de vida. Representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades“.

Capacitación: Proceso de acciones planeadas para identificar, asegurar y desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes que las personas requieren para desempeñar las funciones de sus diversas actividades, así como futuras responsabilidades.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF):

La clasificación proporciona un lenguaje estandarizado y unificado, así como un marco para la descripción de la salud y estados relacionados de la salud. La CIF es parte de la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud.

Competencias. Conjuntos de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad.

Deficiencias: Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Discapacidad: La Convención no impone un concepto rígido de “discapacidad”, sino que adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y en diversos entornos socioeconómicos, la define como un: “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”

Discapacidad física. Es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

Discapacidad intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender

de la experiencia) como en conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana.

Discapacidad mental. Es el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de una disfunción mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción. Las disfunciones mentales son alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una situación alterada de la realidad.

Discapacidad auditiva. Es la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él, y se clasifica de acuerdo a su grado.

Discapacidad visual. Es la deficiencia del sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual, y se clasifica de acuerdo a su grado.

Educación. Instrucción sin discriminación a una educación inclusiva y de calidad, a las personas con discapacidad, incluido su ingreso, permanencia y progreso en el sistema educativo, que facilite la inserción productiva en todos los ámbitos de la sociedad.

Investigación. Ampliación del conocimiento para promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones,

ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad; se da prioridad a las de precio asequible.

Rehabilitación: Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independiente. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.

Prevención: Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, intelectuales, mentales y sensoriales.

Bibliografía.

1. Álvarez, M., Amunátegui, C., Cerdeira, G., Combret, J., Alabart, S., Ferrer, P., Ginebra, M., Grimaldi, M., Hernández, C., Mondejar, M., Pichard, M. & Zurilla, M. (2010). Familia y Discapacidad. España, Madrid: Reus.
2. Badesa, S. & Cerrillo, R. (2010). Formación para la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual. Madrid: Pirámide.
3. Barton, L. (2009). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. *Revista de Educación*, 349, 137-152.
4. Brogna, P. (2009). Visiones y revisiones de la Discapacidad. México, Distrito Federa: Fondo de Cultura Económica.
5. Cayo, L. (2010). Discapacidad, derecho y políticas de inclusión. Madrid: Cinca.
6. Cayo, L. (2010). Discapacidad, tercer sector e inclusión social. Madrid: Cinca.
7. Fernández, E., Arias, B., Gómez, L., y Jorrín, L. (2012). Calidad de vida en familias de personas mayores con Discapacidad Intelectual. *Revista Española sobre Discapacida*, 43(4), 31-48
8. Fernández J., Fernández, M., Reed, G., Stucki, G., y Alarcos, C. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*, 83(6), 775-783.
9. García, A., Zaratoga, L., De Castro, M., Ferre, F., y Muñoz, J. (2009). Salud mental y personas sordas. *Unidad de atención en salud mental para personas sordas del Hospital General*, 44-47.

10. Guajardo, E. (2010). La Integración y la Inclusión de alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Educación inclusiva*, 4(1), 15-22.
11. Huete A., (2011). Estudio sobre la calidad de vida de las personas con gran discapacidad en la ciudad. Madrid: Fundación ONCE, PREDIF.
12. Huete, A. (2008). Necesidades en el medio urbano de las personas con gran discapacidad física y sus familias. España, Madrid: Fundación ONCE.
13. Levitt, S. (2013). Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Madrid: Panamericano.
14. Lopatín, S., Guzman, A., Díaz, E., Nembrini, S., Aronowicz, R. y Nudman, E. (2009). Mitos en torno a la sordera. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.
15. López, S. (2012). Inclusión en educación superior para la población con discapacidad. Madrid: Académica Española.
16. Marín, C. (2013). Derechos Humanos de las personas con Discapacidad: la convención internacional de las Naciones Unidas. España, Madrid: Editorial Universitario Ramón Areces.
17. Martínez, B. (2013). Pobreza, Discapacidad y Derechos Humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1), 9-32.
18. Maxwell, J., Watts, J. & David, D. (2009). Un manual de salud para mujeres con discapacidad. California: Hesperian.
19. Nuñez, B. (2010). El niño con discapacidad, la familia y su docente. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.
20. Nuñez, B. (2007). Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.

21. Oyarzabal, C. (2011). Ciegos, el maravilloso mundo de la percepción. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.
22. Palacios, A. (2008). El modelo social de la Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. España, Madrid: CINCA
23. Pantano, L., Nuñez, B y Arenaza, A. (2012). ¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad? Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.
24. Pereda, C., De Prada, M. & Actis, W. (2012). Discapacidades e inclusión social. Barcelona: Obra Social de la Fundación "La Caixa".
25. Rosell, C., Soro-Camats, E. & Basil C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Barcelona: Graó.
26. Schorn, M. (2013). Vínculos y Discapacidad. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editorial.
27. Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile. (2010). Rampas y barreras: hacia una cultura de la inclusión de las personas con discapacidad. Santiago de Chile: SENADIS.
28. Vargas, M. (2012). Miradas epistemológicas desde distintas perspectivas teóricas sobre la discapacidad. *Revista Electrónica Educare*, 16(3), 145-155.
29. Verdugo, M. (2013). Discapacidad e inclusión: manual para la docencia. España, Salamanca: Amaru.
30. Zappalá, D., Köppel, A. & Suchodolski, M. (2011) Inclusión de TIC en escuelas para alumnos con discapacidad visual. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta realizada a las personas con discapacidad de la Parroquia de Selva Alegre

IDENTIFICACIÓN PERSONAL	1. Nombre	
	2. Nacionalidad	
	3. Fecha de nacimiento	
	4. Género	
	5. Número de cedula	
	6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:	
	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:	
LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA	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	Energía Eléctrica
		Alcantarillado
		Teléfono
		Recolección de basura
		Agua potable
	17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?	
	18. Actualmente vive en:	
19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?		
20. Recibe algún servicio del Gobierno		
	21. Es beneficiari	Bono de desarrollo humano
		Misión Manuela Espejo

CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE DISCAPACIDAD	o de programas de:	Bono Joaquín Gallegos
		Vivienda por discapacidad
	22. ¿De equipamiento de vivienda?	
	23. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:	El sistema nervioso
		Los ojos
		Los oídos
		Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
		La voz y el habla
		El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
		La digestión, el metabolismo, las hormonas
		El sistema genital y reproductivo
		El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
		La piel
	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. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:	Pensar, memorizar
		Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes
		Oír, aun con aparatos especiales
		Distinguir sabores u olores
Hablar y comunicarse		
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón		
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos		
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos		
Caminar, correr, saltar		
Mantener piel, uñas y cabellos sanos		

		Relacionarse con las demás personas y el entorno
		Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
		Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
		Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
		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	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	

desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?	Lugares de trabajo
	Centros de salud, hospitales
	Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
	Instituciones públicas
	Otros
29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?	
30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?	
31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?	Medios escritos
	Radio
	Televisión
	Teléfono
	Internet
32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?	
33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:	
34. Enfermedad profesional por:	
35. Por consumo de psicoactivos:	
36. Desastres naturales:	
37. Por accidente:	
38. Como víctima de violencia:	
39. Del conflicto armado por:	
40. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:	
41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?	
42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?	
43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?	
44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?	
45. ¿Está afiliado a?	
46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?	
47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?	
48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?	

	49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?
	50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?
	54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?
	55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?
	56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?
57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?	Medicina física y de rehabilitación Fisiatría
	Psiquiatría
	Fisioterapia
	Fonoaudiología
	Terapia ocupacional
	Optometría
	Psicología
	Trabajo social
	Medicamentos permanentes
Otro tipo de rehabilitación	
	58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
	59. ¿Quién paga la rehabilitación?
	60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:
	61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?
	62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
	63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?
	64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?

	65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)	
EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	66. ¿Sabe leer y escribir?	
	67. El establecimiento en donde estudia, es:	
	68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:	Pedagógicos
		Tecnológicos
		Terapéuticos
	69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?	
	70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?	
	71. ¿Usted aprobó?	Preescolar
		Básica
		Bachillerato
		Superior
		Postgrado
	72. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?	
	73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?	
	74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?	
75. Participa en actividades:	Con la familia y amigos	
	Con la comunidad	
	Religiosas o espirituales	
	Productivas	
	Productivas	
	Deportivas o de recreación	
	Culturales	
	Educación no formal	
Ciudadanas		
Otras		

	76. ¿Actualmente participa en alguna organización?
	77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:
	78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?
TRABAJO	79. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:
	80. Usted tiene contrato de trabajo:
	81. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:
	82. En el trabajo se desempeña como:
	83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?
	84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?
	85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?
	86. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?
	87. ¿Dónde recibió la capacitación?
	88. Necesita capacitación para:

ANEXO 2. Entrevista al Señor presidente de la Parroquia de Selva Alegre.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

AUTORAS: Katy Ichao.

Jhoselin Carlosama.

Entrevista al Sr. Bladimiro Santander presidente de la Junta Parroquial de Selva Alegre

1. ¿Cómo surge la parroquia de Selva Alegre?
2. ¿Por qué lleva el nombre de Selva Alegre?
3. ¿Cuánto habitantes tiene la Parroquia?
4. ¿Cuál es la extensión de la Parroquia?
5. ¿Qué tipo de clima posee la Parroquia?
6. ¿Cuáles son los límites de la Parroquia?
7. ¿Por cuántas comunidades está constituida y cuáles son?

Elaborado por: Autoras de la investigación

ANEXO 3. Discapacidad a nivel nacional.

GALAPAGOS	PASTAZA	ZAMORA CHINCHIPE	NAPO	MORONA SANTIAGO	ORELLA -NA	SUCUMBIOS	CARCHI
277	2.225	3.025	3.574	3.752	4.307	4.718	4.936
0.1%	0.7%	0.9%	1.1%	1.1%	1.3%	1.4%	1.5%
BOLIVAR	CAÑAR	SANTA ELENA	COTO- PAXI	SANTO DOMINGO	IMBABU -RA	TUNGURA- HUA	CHIMBORAZO
5.227	6.108	7.618	8.379	8.663	8.953	9.556	11.396
1.6%	1.8%	2.3%	2.5%	2.6%	2.7%	2.8%	3.4%
ESMERALDAS	LOJA	EL ORO	LOS RIOS	AZUAY	MANABI	PICHINCHA	GUAYAS
11.770	12.593	16.355	16.467	23.348	40.274	47.521	74.875
3.5%	3.7%	4.9%	4.9%	7.0%	12.0%	14.1%	22.3%
					TOTAL MUJERE S	TOTAL HOMBRES	TOTAL
					146.729	189.178	335.907

Fuente: Estudio de las discapacidades. CONADIS, 2012

ANEXO 4. Tipo de discapacidad nivel nacional.

LENGUAJE	4.874	1%
PSICOLÓGICO	13.522	4%
VISUAL	38.588	11%
AUDITIVA	40.080	12%
INTELECTUAL	75.769	23%
FISICA	163.074	49%
TOTAL	335.907	100%

Fuente: Estudio de las discapacidades. CONADIS, 2012

ANEXO 5. Causas que generan discapacidad a nivel nacional.

Desastres Naturales	242	0.1 %
Trastornos nutricionales	421	0.1 %
Accidentes deportivos	788	0.2 %
Violencia	4.047	1.2 %
Otros	9.534	2.8 %
Accidente de trabajo	1.683	3.2 %
Accidente de tránsito	14.344	4.3 %
Accidente doméstico	15.038	4.5 %
Problemas de parto	19.506	5.8 %
Congénito/genético	106.908	31.8 %
Enfermedad adquirida	154.396	46.0 %
TOTAL	335.907	100.0 %

Fuente: Estudio de las discapacidades. CONADIS, 2012

ANEXO 6. Discapacidad en la provincia de Imbabura.

DISCAPACIDAD	VALORES		PORCENTAJES	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
DEFICIENCIA AUDITIVA	1.104	964	0.66 %	0.58 %
DEFICIENCIA FÍSICA	2.150	1.735	1.18 %	1.14 %
DEFICIENCIA INTELECTUAL	879	750	0.51 %	0.46 %
DEFICIENCIA DEL LENGUAJE	79	63	0.04 %	0.04 %
DEFICIENCIA PSICOLOGICA	161	145	0.10 %	0.09 %
DEFICIENCIA VISUAL	592	331	0.31 %	0.23 %

Fuente: Estudio de las discapacidades. CONADIS, 2012

ANEXO 7. Causas que generan discapacidad en la provincia de Imbabura.

CAUSAS	VALOR	PORCENTAJES
Enfermedad adquirida	3.574	1.1 %
Accidente de tránsito	309	0.08 %
Accidente de trabajo	230	0.05 %
Accidente domestico	301	0.07 %
Accidente deportivo	16	0.005 %
Violencia	29	0.007 %
Desastres naturales	6	0.001 %
Congénitas o genéticas	3.887	1.3 %
Problemas de parto	279	0.07 %
Trastornos nutricionales	3	0.0007 %
Otras causas	319	0.08 %

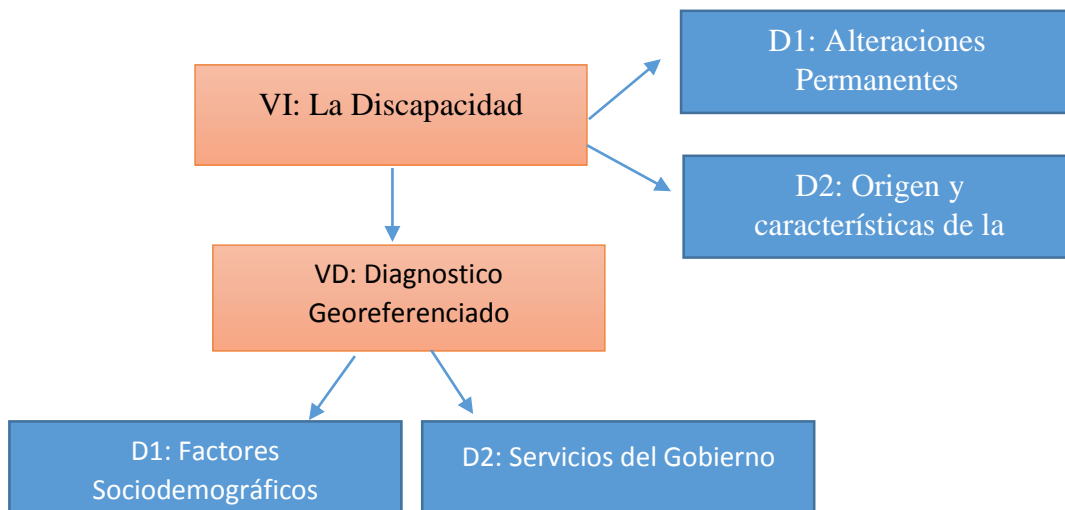
Fuente: Estudio de las discapacidades. CONADIS, 2012

ANEXO 8. Población.



Fuente: Gobierno Autónomo descentralizado de Selva Alegre

ANEXO 9. Identificación de las variables



Elaborado: por autoras de la investigación.

ANEXO 10. Aplicación de la encuesta

Aplicación de la encuesta en la comunidad de San Francisco a una persona con alteraciones en el movimiento.



ANEXO 11. Aplicación de la encuesta

Realizando la encuesta a un morador de la comunidad de San Francisco, con discapacidad física.



ANEXO 12. Aplicación de la encuesta

Realizando las preguntas respectivas a un habitante de la comunidad de Pamplona, con discapacidad auditiva.



ANEXO 13. Aplicación de la encuesta

Aplicando la encuesta a una moradora con discapacidad física de la comunidad de San Luis



ANEXO 14. Aplicación de la encuesta

Aplicación de la encuesta a una habitante de la comunidad de San Luis, con discapacidad intelectual.



ANEXO 15. Aplicación de la encuesta

Realizando las preguntas respectivas a una mamita cuyos hijos tiene discapacidad de lenguaje, pertenecientes a la comunidad de San Francisco.



ANEXO 16. Aplicación de la encuesta

Realizando la encuesta a una señora cuyo hijo tiene discapacidad intelectual, moradores de la comunidad de Barcelona.



ANEXO 17. Aplicación de la encuesta

Realizando la encuesta a un padre de familia cuyos hijos presentan discapacidad intelectual, pobladores de la comunidad de Barcelona.

