



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

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

**“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS
COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE
KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE AZABÍ DE TALACOS
DEL CANTÓN OTAVALO.”**

Autoras:

López Lisseth

Velásquez Marlene

Director de Tesis:

PhD. José Ramón Sanabria Navarro

Ibarra

2014

PÁGINA DE APROBACIÓN

Ibarra, 12 de Enero del 2014

Yo, Ph.D. José Ramón Sanabria Navarro con cédula de ciudadanía 175595430-0, en calidad de director de la tesis titulada **“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE ASABÍ DE TALACOS DEL CANTÓN OTAVALO”**. De autoría de las señoritas López Tutachá Lisseth Mireya y Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.



Firma

Phd. José Ramón Sanabria Navarro

CI: 175595430-0

Director de Tesis

AUTORÍA

Nosotras, López Tutachá Lisseth Mireya y Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría **“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE ASABÍ DE TALACOS DEL CANTÓN OTAVALO”**. Y los resultados de la investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no ha sido presentado previamente para ningún grado ni calificación profesional; y que hemos respetado las diferentes fuentes de información.



López Tutachá Lisseth Mireya

040187469-8



Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles

100340322-5



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento, dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DEL CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD	DE	040187469-8	
APELLIDOS Y NOMBRES	Y	LÓPEZ TUTACHÁ LISSETH MIREYA	
DIRECCIÓN	IBARRA, EL OLIVO, CALLE LUIS CRISTÓBAL TOBAR SUBÍA Y DR. PLUTARCO LARREA 3-27		
E-MAIL	14demarzodel2014@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	NO	TELÉFONO MÓVIL	0968976063 0994192262

DATOS DEL CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD	DE	100340322-5	
APELLIDOS Y NOMBRES	Y	VELÁSQUEZ TUPE MARLENE DE LOS ÁNGELES	
DIRECCIÓN	IBARRA, ALPACHACA, BARRIO EL PANECILLO, CALLE OTTO TORRES 2-53 Y TULCÁN.		
E-MAIL	marle-vlasqz@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO	2 607-002	TELÉFONO MÓVIL	0986925139

DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE ASABÍ DE TALACOS DEL CANTÓN OTAVALO”		
AUTOR (ES):	LISSETH MIREYA LÓPEZ TUTACHÁ MARLENE DE LOS ÁNGELES VELÁSQUEZ TUPE		
FECHA:	2015/02/11		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/>	PREGRADO	<input type="checkbox"/> POSGRADO

TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA MEDICA
ASESOR/DIRECTOR:	PH.D. JOSÉ RAMÓN SANABRIA NAVARRO

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, López Tutachá Lisseth Mireya con cédula de ciudadanía 040187469-8 y Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles con cédula de ciudadanía 100340322-5; en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos la entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIA

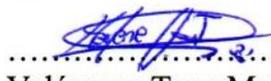
Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá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

Ibarra, 11 de Febrero de 2015

Autoras:


.....

López Tutachá Lisseth
C.I. 040187469-8


.....

Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles
C.I. 100354734-4

Aceptación:

.....

Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, López Tutachá Lisseth Mireya con cédula de ciudadanía 040187469-8 y yo, Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles con cédula de ciudadanía 100340322-5 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6 en calidad de autoras de la obra o trabajo de grado denominado: **“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE ASABÍ DE TALACOS DEL CANTÓN OTAVALO”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciado en Terapia Física en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra citada. En concordancia 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 11 días de Febrero de 2015.

López Tutachá Lisseth
C.I. 040187469-8

Velásquez Tupe Marlene de los Ángeles
C.I. 100354734-4

DEDICATORIA

A Dios verdadero frente de amor y sabiduría. Esta tesis va dedicada a mi padre quien hizo todo para lograr mis sueños, a mi madre por motivarme siempre y darme la mano cuando sentía q el camino se terminaba, quien es el pilar fundamental en mi vida con su ternura con su lucha insaciable ha hecho gran ejemplo a seguir y destacar no solo para mi sino para mis dos hermanos. A mis abuelitos paternos como un padre y una madre que gracias a su sabiduría influyeron en mí la madurez para lograr los objetivos en mi vida. A mi esposo que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable con su paciencia y comprensión prefirió sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti. A mi precioso hijo Sebastián para quien ningún sacrificio es suficiente, que con su luz ha iluminado mi vida y hace mi camino más claro y gracias que por el tengo la fuerza necesaria que me impulsa y me inspira para culminar mis sueños anhelos.

Liseth López

El presente trabajo dedico con mucho amor y admiración a mi querida madre ya que durante toda mi vida ha sabido ser padre y madre en una sola persona, sin ella no hubiese podido cumplir mis metas ha sido y es mi apoyo incondicional la persona que siempre admirare, también dedico este trabajo a mis abuelitos quienes estuvieron junto a mi toda mi vida y los que me enseñaron grandes valores que siempre los llevo presentes, de igual manera a toda mi familia que me supieron brindar apoyo cada vez que lo necesitaba y como no dedicar este gran logro al amor de mi vida, mi mayor riqueza, lo mejor que Dios me pudo haber regalado mi hija Stefy que desde el momento que llegó a mi vida es motivo de mi inspiración día tras día a seguir adelante para alcanzar mis nuevos objetivos.

Marlene Velásquez

AGRADECIMIENTO

Primero y antes de nada, dar gracias a Dios por esta con migo en cada paso que doy por fortalecer e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A la Universidad Técnica del Norte, porque en sus aulas recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la escuela de Terapia Física Medica, a todos que han aportado un granito de arena a mi formación. Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, la paciencia y el ánimo recibido de mi familia, docentes y mi gran amiga Marlene Velásquez que con ella compartí mis mejores experiencias dentro y fuera de la institución, gracias a las personas que de una u otra manera han sido clave en mi vida que con su paciencia dedicación motivación y aliento que han hecho fácil lo difícil ha sido un gran privilegio poder contar con su ayuda.

Lisseth López

Principalmente ciento un enorme agradecimiento con Dios quien ha sabido guiarme por el buen camino y el que me llena de fortaleza para seguir adelante. A la Universidad Técnica del Norte y a la Escuela de Terapia Física Médica quienes nos abrieron las puertas al conocimiento de igual manera un agradecimiento a los docentes por brindarme sus conocimientos para ser una gran profesional, a los compañeros de clase por compartir grandes experiencias como pre-profesionales., agradezco a mi familia y amigos que me apoyaron durante toda esta gran etapa de mi vida. Finalmente me llena de mucha alegría agradecer por compartir los mejores momentos, las mejores experiencias y las mejores risas a mi gran amiga Lisseth López.

Marlene Velásquez

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE APROBACIÓN	II
AUTORÍA.....	III
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	IV
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	IV
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	VI
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	IX
RESUMEN.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación Del Problema	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Preguntas de Investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Marco Conceptual de la discapacidad.....	7
2.1.1 ¿Qué es la discapacidad?.....	7
2.1.2 Etiología de la Discapacidad.....	8
2.1.3 Indicadores Nacionales e Internacionales.	9
2.1.4 Misión Solidaria Manuela Espejo.	12
2.1.5 Misión Joaquín Gallegos Lara	13
2.1.6 Discapacidad Según La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).....	15
2.1.7 Clasificación de la Discapacidad según El Concejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).	24
2.1.8 Funcionamiento de conducta adaptativa.	29

2.1.9 Origen de la DI.....	30
2.2 Otavalo.	31
2.2.1 Otavalo "Capital de las artesanías ecuatorianas"	31
2.2.2 División política administrativa	31
2.2.3 Resultados del último censo (Gualapuro, 2010)	32
2.2.4 Datos Sociodemográficos de la Parroquia de Selva Alegre.....	33
2.2.5 Historia:.....	33
2.3 Marco legal.....	34
2.3.1 Aspectos legales de la Constitución de la República del Ecuador 2008.....	34
2.3.2 Aspectos Legales del Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) (PNBV), relacionados con discapacidad.	37
2.3.3 Ley de Discapacidad.	40
CAPÍTULO III.....	53
METODOLOGÍA	53
3.1 Tipos de Investigación	53
3.1.1 Investigación descriptiva.....	53
3.1.2 Investigación explicativa.....	53
3.1.3 Investigación correlacional	54
3.1.4 Tipos de investigación según el grado de abstracción.	54
3.1.5 Tipos de investigación según la naturaleza de los datos.	55
3.1.6 Tipos de investigación según la temporalización.....	55
3.2 Tipos de diseños de investigación.....	56
3.3 Localización.	56
3.4 Población.....	56
3.5 Muestra.....	59
3.6 Identificación de variables	60
3.7 Operacionalización de variables:	62
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección y procedimientos de la información. ...	72
3.8.1 La encuesta.....	72
3.8.2 La observación (ver anexo 1).....	72
3.9 Métodos.....	73
3.10 Recolección de la Información. (Ver anexo 2)	73
3.10.1 Registro y procesamiento de datos.....	74
3.11 Equipos e instrumentos	74

3.12	Validez y confiabilidad de la investigación.	74
CAPÍTULO IV		75
ANÁLISIS DE RESULTADOS		75
Introducción		75
4.1	Discapacidad y datos sociodemográficos.....	75
4.2	Datos de la patología.....	89
4.3	Mapa de la Georreferenciación de las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos del Cantón Otavalo.	97
4.4	Discusión de resultados.....	97
4.5	Respuestas a las preguntas de investigación	101
4.6	Conclusiones	103
4.7	Recomendaciones.....	104
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....		105
ANEXOS		108
Anexo 1. GUÍA DE OBSERVACIÓN		108
Anexo 2. ENCUESTA		109
Anexo 3. Gráfico 1. Discapacidad según género		116
Anexo 4 Gráfico 2. Discapacidad según edad.		117
Anexo 5 Gráfico 3. Discapacidad según etnia.		118
Anexo 6 Gráfico 4. Discapacidad según escolaridad.....		119
Anexo 7 Gráfico 5. Discapacidad física y actividad laboral.....		120
Anexo 8 Gráfico 6. Discapacidad según ingreso mensual.....		121
Anexo 9 Gráfico 7. Discapacidad y jefe de hogar		122
Anexo 10 Gráfico 8. Discapacidad según apoyo del gobierno		123
Anexo 11 Gráfico 9. Georreferenciación de la discapacidad.....		124
Anexo 12 Gráfico 10. Discapacidad y servicios básicos		125
Anexo 13 Gráfico 11. Discapacidad y etiología		126
Anexo 14 Gráfico 12. Discapacidad y antecedente familiar.....		127
Anexo 15 Gráfico 13. Discapacidad y años de patología		128
Anexo 16 Gráfico 14. Discapacidad y tratamiento prescrito		129
Anexo 17 Gráfico 15. Discapacidad y uso de prótesis.....		130
CONOCIENDO LAS COMUNIDADES		131

REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO GEOREFERENCIADO	133
GRUPO DE APOYO	134
REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO GEOREFERENCIADO	135
BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜOGRAFÍA.....	138

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de personas con discapacidades y enfermedades crónicas (discapacidad) en la Provincia de Imbabura según la Agencia Nacional de la Igualdad para las Discapacidades (2010-2013).....	57
Tabla 2. Número de personas con discapacidad auditiva, Física, intelectual, lenguaje, psicológica y visual en la Provincia de Imbabura.....	57
Tabla 3. Número de personas con discapacidad registradas por el CONADIS y La Misión Manuela Espejo en el Cantón Otavalo (2004).	57
Tabla 4. Incremento de personas con discapacidad registradas por el CONADIS y La Misión Manuela Espejo en el Cantón Otavalo (2004).....	58
Tabla 5. De acuerdo al censo realizado por el CONADIS en el 2010.	58
Tabla 6. Para la realización de la investigación se trabajó con la población que conforma la parroquia Selva Alegre, del Cantón Otavalo, en un total de 104 familias, distribuidas en cinco barrios y comunidades, como se detalla en el siguiente cuadro:.....	58
Tabla 7. Número de personas con discapacidad de acuerdo al censo realizado en la Parroquia de Selva Alegre en las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 18, Quinde Azabí de Talacos, Quinde Km 12.....	59
Tabla 8. 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:	60
Tabla 9 Operacionalización de variables	62
Tabla 10 Discapacidad según género. (Ver anexo 3).....	75
Tabla 11 Discapacidad según edad. (Ver anexo 4).....	77
Tabla 12 Discapacidad según etnia. (Ver anexo 5).....	79
Tabla 13. Discapacidad según escolaridad. (Ver anexo 6)	80
Tabla 14. Discapacidad según actividad laboral. (Ver anexo 7).....	81
Tabla 15. Discapacidad según ingreso mensual.(Ver anexo 8)	82
Tabla 16 Discapacidad según jefe de hogar. (Ver anexo 9).....	83
Tabla 17. Discapacidad según apoyo del gobierno. (Ver anexo 10).....	84

Tabla 18. Discapacidad según sector. (Georeferenciación) (Ver anexo 11).....	85
Tabla 19. Discapacidad y disponibilidad de servicios. (Ver anexo 12).....	87
Tabla 20 Discapacidad según etiología. (Ver anexo 13).....	89
Tabla 21 Discapacidad y antecedente familiar. (Ver anexo 14)	91
Tabla 22. Discapacidad y años con la patología. (Ver anexo 15).....	92
Tabla 23. Discapacidad según tratamiento prescrito. (Ver anexo 16)	94
Tabla 24. Discapacidad y uso de prótesis. (Ver anexo 17)	96

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE KM 12, QUINDE KM 18, QUINDE AZABÍ DE TALACOS DEL CANTÓN OTAVALO.

Autoras:

López Lisseth

Velásquez Marlene

Director de Tesis:

PhD. José Ramón Sanabria Navarro

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo la realización de Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las Comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Azabí De Talacos Del Cantón Otavalo. La metodología utilizada en este estudio fue una investigación descriptiva, explicativa y correlacional, según la naturaleza de los datos fue cuantitativa y cualitativa, según el grado de abstracción fue una investigación aplicada y como diseño fue no experimental de corte transversal. La muestra fue intencionalmente seleccionada por criterio de las autoras de la investigación, teniendo en cuenta todas las personas con algún tipo de discapacidad presentes en estas comunidades con un total de 19 personas a las cuales se les aplicó una encuesta. Se realizó el respectivo análisis de resultados en donde se obtuvo como resultado que en la comunidad Quinde la Libertad es la que presenta mayor número de personas con discapacidad con un 53%, además de esta población la discapacidad con mayor prevalencia es la física que corresponde al 60%, seguida de una discapacidad auditiva con el 40%, en cuanto su etnia el mayor porcentaje se encontró en la personas que se consideran mestizos con un 89%; predominando el sexo masculino con un 63% y por último el índice de escolaridad, fue muy bajo, se encontró que nadie posee un estudio de tercer nivel, sin embargo la mayoría al menos tiene una educación básica pero también se debe considerar que algunos no saben leer ni escribir.

Palabras Claves: Diagnostico Georefenciado, Personas con Discapacidad, Tipos de Discapacidad.

DIAGNOSTIC GEOREFERENCED DISABILITY COMMUNITIES IN SANTA ROSA, QUINDE LA LIBERTAD, QUINDE-KM12, QUINDE-KM18, QUINDE AZABÍ DE TALACOS OF OTAVALO

Authors:

López Lisseth

Velásquez Marlene

Tutor:

PhD. José Ramón Sanabria Navarro

ABSTRACT

The objective of the following research was the realization of the Georeferenced Diagnostic pertaining to the Communities with Disabilities at the Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km18 and Quinde Azabí De Talacos, of Otavalo. The methodology used in this study was the descriptive research type, the explanatory and correlational according to the data character type; depending on the nature of the data was quantitative and qualitative. This study was applied according to the degree of abstraction and the study, as a design was not experimental cross-sectioned. As far as the sample, it was intentionally selected by the authors of this study's criteria. All people with any type of disability that belong to these communities were taken into account, giving a total of 19 people to whom a survey was applied. The respective analysis of results was conducted. The obtained result was that the community 'Quinde la Libertad' is the one that presents the larger number of people with disabilities being 53%. Within this population, the prevalent handicap is physical and corresponds to 60% total, followed by a 40% of the hearing impaired. As per ethnicity, the most percentage was found in people who are considered "mestizos" 89%, being the male sex the predominant with 63%. Finally, the schooling rate was very low, finding that no one holds a third level degree of study; however, most of them have at least a basic education degree, but also some people can neither read nor write .

Key Words: Georeferenced Diagnostic, People with disabilities, Types of disabilities

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo con el CONADIS Ecuador la palabra discapacidad está formada por la preposición Dis que indica negación, separación anulación de una cosa, cualidad o función. La palabra capacidad hace referencia a un talento, suficiencia o inteligencia, entonces discapacidad es carecer de la función o cualidad. La persona con discapacidad es la persona que a consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales congénita o adquirida, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en su capacidad en una o varias áreas, para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales. (Conadis Ecuador, 2008)

Según el capítulo III Antecedentes sobre la discapacidad afirma que la discapacidad no constituye un fenómeno de reciente surgimiento en la historia de la humanidad, por el contrario, ha estado presente desde la aparición misma del hombre sobre la tierra, una concepción histórica de la discapacidad llevará a una reflexión sobre el significado de la misma y el trato hacia aquellos que la poseen. En las sociedades más primitivas, los discapacitados, al no poderse valer por sí mismos, y sobre todo al no poder realizar las actividades necesarias para su subsistencia, eran asesinados en virtud de su nula contribución para la prosperidad de su grupo social, la sociedad griega era severa con los “débiles” o “deformes”, creían sólo en la perfección y belleza, cualquier cosa que difiriera de ello, sin importarles lo que fuere, simplemente era eliminado. (UDLAP .mx, 2010)

Con el paso del tiempo, tal vez por un cambio en la ideología del hombre hacia un sentido un poco más humanista o moral, se hizo a un lado la destrucción de estas personas, sin embargo eran sujetos de burla, generaban lástima o peor aún, repulsión,

como lo fue en el caso de la Edad Media, el cristianismo influyó fuertemente en mejorar aquella condición, ya que como se menciona al inicio de este punto, la moral predicada por dicha religión, contribuyó a la constitución de cofradías para asistir a ciegos, paralíticos y leprosos. En el siglo XVII, como consecuencia a la marginación que hacia ellos existía, se crearon asilos que les otorgaban amparo y asistencia sanitaria. (UDLAP .mx, 2010)

Posteriormente en el siglo XIX, capacidad era considerada como caprichos de la naturaleza, lo que en poca medida disminuyó la discriminación, pues ya no se trataban de representaciones malignas ni castigos divinos, y aunque eran sujetos de asombro, también seguían siendo sujetos de burla. Con el paso de los años, los discapacitados han demostrados habilidades extraordinarias que los han llevado a sobresalir en varios ámbitos, es por ello que no se debe hacerlos a un lado pues han demostrado que a pesar de sus discapacidades, pueden superarse y salir adelante, incluso en muchos casos, de manera más sorprendente de aquellos que no lo somos. (UDLAP .mx, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial existe un informe Mundial Sobre la Discapacidad más de 1.000 millones de personas sufre algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15% de la población mundial, entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir normalmente, un porcentaje que va en aumento a medida que la población envejece y se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas. (OMS y el Banco Mundial, 2011)

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

Según el REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDADES (Conadis) en la actualidad en nuestro país existen 361.487 personas con discapacidad, 201.946 hombres y 159.541 mujeres, Guayas es la provincia que mayor número de personas con discapacidad tiene registradas: 80.698, seguido de Pichincha con 51.665. Sobre las causas, a escala nacional, 172.600 por enfermedad adquirida, 115.647 de origen genético/congénito, 15.473 por accidentes de tránsito, entre otros, en cuanto al tipo de discapacidad, predomina la física con 175.444 personas registradas; intelectual, 81.450, entre las principales. (Diario La Hora, 2013)

Según la Secretaría Técnica de Discapacidades, dentro de los proyectos que mantiene, entre el 2010 y el 2013 se ha logrado la inclusión laboral de 60.758 personas con discapacidad, otras 20.172 se benefician del bono Joaquín Gallegos Lara, se han entregado 8.854 soluciones habitacionales, 5.072 casas equipadas, entre otros apoyos. Alex Camacho, reconoce que todavía hay mucho camino por recorrer, ya que no se ha logrado una inclusión integral “Hay que trabajar en la accesibilidad universal, eliminar barreras de tipo físico, tecnológico, comunicación al, informativo”. En sentido es necesario sensibilizar sobre la situación que viven estos sectores, no por la simple solidaridad, sino porque son personas con derechos, dijo el funcionario. (Diario La Hora, 2013)

1.2 Formulación Del Problema

¿Cómo realizar un Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad en las Comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos del Cantón Otavalo.?

1.3 Justificación

En la actualidad la discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales. (Cáceres, 2004)

Por este motivo se define el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

Es muy importante tener en cuenta que las personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales se les llaman discapacitadas no precisamente a afecciones diagnosticadas, sino a causa del rechazo de oportunidades educativas, laborales y de servicios públicos y que tiene como impacto la pobreza, es por tal razón que incrementa la discapacidad e incrementa la inseguridad de las personas ante problemas como la desnutrición, enfermedades, condiciones de vida e inseguridad laboral.

Es por este motivo que existe la necesidad de llevar un registro de dichas personas en las distintas comunidades de la Parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo, ubicar con exactitud a todas las personas con discapacidad y contar con una base de datos que permita efectuar acciones para poder brindarles ayuda en sus hogares mejorando su calidad de vida, y la mejora de la salud y así, poder conocer cuáles son sus necesidades y los posibles aportes que se podrían realizar desde el punto de vista teórico principalmente para atenuar la discriminación o exclusión en la sociedad, logrando mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Realizar un Diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad que se presentan en las comunidades; Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar a las personas con discapacidad en las distintas comunidades Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo.
- Determinar los tipos de discapacidad que se presentan con mayor prevalencia en las distintas comunidades Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo.
- Realizar la Georeferenciación en el grupo de personas que presentan discapacidad.
- Determinar los factores sociodemográficos y socioeconómicos de las personas con discapacidad.

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuántas personas presentan discapacidad en las distintas comunidades de la parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo?

- ¿Cuáles son los tipos de discapacidad que se presentan con mayor prevalencia en las distintas comunidades Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo.?
- ¿Cómo Georeferenciar el grupo de personas que presentan la discapacidad?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y socioeconómicos que presentan las personas con discapacidad?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual de la discapacidad.

2.1.1 ¿Qué es la discapacidad?

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

Celsa, Cáceres. Rodríguez afirma que según la OMS: Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencia o exceso en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible y progresivo y regresivo. Se clasifica en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. (Cáceres, 2004)

Según Lorena Schobert Lizárraga afirma que “El concepto de discapacidad indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental” (105-106). (Lizarraga, 2004)

2.1.2 Etiología de la Discapacidad.

2.1.2.1 Etiología de una Discapacidad Física.

Se puede encontrar en causas hereditarias (enfermedades que se transmiten de padres a hijos), accidentes (por ejemplo, una lesión medular tras un accidente de tránsito), enfermedades adquiridas durante la vida (por ejemplo, una infección cerebral o un derrame) o malformaciones congénitas. (Miguel, 2012)

2.1.2.2 Etiología de la Discapacidad Cognitiva.

Suele tener, casi siempre, una localización cerebral. Enfermedades ya mencionadas en la discapacidad física, como por ejemplo, la parálisis cerebral, también suelen provocar en la persona una discapacidad cognitiva. Otras causas suelen ser alteraciones cromosómicas antes del nacimiento, causas hereditarias, causas accidentales y enfermedades cerebrales que afecten el área cerebral del conocimiento como, por ejemplo, las demencias como la enfermedad de Alzheimer. (Miguel, 2012)

Entre las enfermedades englobadas en este grupo de discapacidades cognitivas destaca el autismo, cuyas causas se desconocen, aunque se cree que puede deberse a componentes genéticos o daños cerebrales en la formación del feto durante el embarazo. Otra de las enfermedades asociadas a las discapacidades cognitivas es el síndrome de Down, debido a una alteración cromosómica. (Miguel, 2012)

2.1.2.3 Etiología de la discapacidad Psíquica.

Se encuentra en causas hereditarias o, al menos, cuando existe una predisposición genética. Aun así, no siempre se conoce el origen. Trastornos mentales tan

complejos como la esquizofrenia a veces son de origen desconocido, ya que cuando se estudian los antecedentes de la persona no se encuentran fácilmente familiares que sufran tal alteración. Actualmente, hay estudios que parecen indicar que el consumo de algunas sustancias tóxicas como las drogas sintéticas, también llamadas drogas de diseño, pueden predisponer a la persona que las consume a desarrollar este tipo de alteraciones mentales que inciden gravemente en su comportamiento y en su capacidad de relacionarse. Asimismo, se cree que el abuso de algunas drogas también pueden despertar los genes responsables de alguna enfermedad mental que quizá el individuo nunca habría llegado a desarrollar en su vida si nunca hubiera consumido esas sustancias. (Miguel, 2012)

2.1.2.4 Etiología de la discapacidad sensorial.

Pueden ser múltiples, al igual que en los otros tipos de discapacidad, las causas hereditarias también juegan un papel fundamental. Pero a veces, la pérdida o la limitación sensorial se producen por una lesión tras sufrir un accidente como, por ejemplo, una sección del nervio óptico que produce ceguera irreversible o una perforación timpánica en el oído que puede ocasionar sordera total o hipoacusia. En otras ocasiones, algunas enfermedades como algunos tumores cerebrales o malformaciones congénitas producen este tipo de discapacidad. (Miguel, 2012)

2.1.3 Indicadores Nacionales e Internacionales.

2.1.3.1 Indicadores según La Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 1.000 millones de personas sufren algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15% de la población mundial, un porcentaje que va en aumento a medida que la población envejece y se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas, Según los datos de la OMS, las

personas con discapacidad tienen el doble de probabilidades que el resto de recibir un tratamiento médico inadecuado a su dolencia; el triple de que se les deniegue asistencia médica. Aproximadamente la mitad de las personas con discapacidad no pueden permitirse un tratamiento sanitario y presentan un 50% más de probabilidades de sufrir costes desorbitados relacionados a él. (Noticias RPP Salud, 2013)

Etienne Krug director del departamento de la OMS de violencia, prevención de lesiones y discapacidad indico que, una de cada siete personas tiene alguna discapacidad, personas que no solo padecen estigma social y discriminación, sino también barreras para acceder a servicios como educación, transporte e, incluso al sistema de salud de igual manera recordó que estas personas no solo precisan las mismas necesidades sanitarias que el resto del mundo, como inmunización o revisiones del cáncer; sino que además requieren asistencia específica por dolencias que derivan de su discapacidad, como úlceras, infecciones urinarias, parálisis o depresión. (Krug, 2013)

2.1.3.2 Indicadores Según La Organización de Estados Americanos (OEA).

Según la Organización de Estados Americanos (OEA), el 11,4% de la población en el continente tienen alguna discapacidad. De acuerdo al organismo, Perú es el país con mayor porcentaje de discapacitados, 18,5%; seguido de Estados Unidos con 15% y con Ecuador 12,8%. Los países con un menor porcentaje son El Salvador (1,5%), Bahamas (2,3%) y Surinam y Jamaica con 2,8%, según la OEA. (Diario El Universo, 2009)

La OEA dice que en el mundo de 500 a 600 millones de personas sufren alguna discapacidad, de las cuales el 85% no tiene acceso a servicios de rehabilitación y 95% no acude a la escuela. (Diario El Universo, 2009)

El mayor problema de las personas que tienen una discapacidad no radica en sus limitaciones físicas, sino en la discriminación y las actitudes prejuiciadas de la sociedad, dijeron expertos en la conferencia panamericana. (Diario El Universo, 2009)

Dijo Eneida Ferrer, directora de la Secretaría Técnica para el decenio por los derechos y la dignidad y las personas con discapacidad de la OEA "El problema de la discapacidad no radica en la limitación, sino en las actitudes de la sociedad, además que si la sociedad percibe a una persona con discapacidad como alguien que no puede trabajar, recibir educación ni participar en actividades sociales como el resto, indudablemente el reto es invencible, porque ya se está prejuzgando la posibilidad de que la persona pueda hacer algo". (Diario El Universo, 2009)

Dijo José Javier Osorio Salcido, secretario técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad de México "La sensibilización social sigue siendo la principal barrera para que la gente conozca cómo tratar a una persona con discapacidad, que no se la discrimine, (que no) se le dé un trato diferencial o negativo por su condición". (Diario El Universo, 2009)

Dijo Manuel Campos, director de la Secretaría de la Discapacidad de Panamá "El mayor obstáculo para ser integrados es la falta de concienciación y comprensión del problema que todos los días enfrenta un panameño con discapacidad para desarrollarse". (El Universo, 2009). (Diario El Universo, 2009)

2.1.3.3 Indicadores en Ecuador.

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, la provincia que más concentra personas con discapacidad es la de Guayas, con 74.833, seguida de Pichincha, con 45.098 casos. En la Costa del país se reportaron 152.469 casos, en la Sierra, 111.752, y los demás están dispersos en las otras regiones de Ecuador. Además, según los índices, las personas de más de 60 años son las que más tienden a

sufrir alguna discapacidad. También los hombres, aunque la diferencia respecto a las mujeres cada vez es menor. (Vistazo Agencia EFE, 2010)

El 30 de Marzo del año 2007, Ecuador se adhiere a la convención de las Naciones Unidas para así promover y fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad en todo el país. (Vistazo Agencia EFE, 2010)

El 23 de mayo del año 2007, en coherencia con estos instrumentos internacionales, el gobierno ecuatoriano, adopta como política de Estado la atención y prevención de la discapacidad, siendo la Vicepresidencia de la República la entidad delegada para su ejecución, a través del programa “Ecuador Sin Barreras”. Ecuador aprobó, en el 2008, la nueva Constitución de la República, que menciona en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación. (Discapacidades Ecuador , 2012)

Con este marco legal en Junio 2001 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con casi todas las instituciones del Estado, para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara. (Discapacidades Ecuador , 2012)

2.1.4 Misión Solidaria Manuela Espejo.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es un estudio bio-psico social clínico genético para estudiar y registrar georeferencialmente a todas las personas con discapacidad a escala nacional al igual es considerada como una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador; que en un primer momento fue un estudio científico – médico para determinar las causas de las discapacidades y conocer la realidad bio-psico social de esta población desde los puntos de vista biológico, psicológico, social, clínico y genético, con el fin de delinear políticas de Estado

reales, que abarquen múltiples áreas como salud, educación y bienestar social. (Discapacidades Ecuador , 2012)

La Misión nació gracias al convenio suscrito entre las repúblicas de Ecuador y Cuba, donde 229 médicos especialistas cubanos y 120 ecuatorianos cumplieron con la primera fase de diagnóstico en la investigación médico-científica de las causas de las discapacidades, dando un diagnóstico completo, en áreas que en el país han tenido un incipiente desarrollo, como la genética clínica al igual esta investigación surge ante la falta de estadísticas serias que le permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad. (Discapacidades Ecuador , 2012)

Por primera vez en la historia del país, cientos de médicos, genetistas, psicólogos y especialistas en Salud, acompañados de militares y guías comunitarios se desplazaron a los lugares más apartados y recónditos de las diferentes provincias del Ecuador, con el fin de registrar y prestar atención médica a una población que ha permanecido marginada durante muchos años. (Discapacidades Ecuador , 2012)

Desde julio del 2009 a noviembre del 2011, las brigadas de la Misión Solidaria Manuela Espejo, visitaron 1'286.331 hogares en 24 provincias y 221 cantones del Ecuador, estudiando y localizando a 294.611 personas con discapacidad, quienes son atendidas de manera integral en el marco de la fase de respuesta. (Discapacidad Ecuador , 2012)

2.1.5 Misión Joaquín Gallegos Lara

Mientras se realizaba el trabajo de investigación con la Misión Manuela Espejo se identificaron casos más severos, es decir, aquellos en que las personas con discapacidad intelectual, física o con multi-discapacidades, viven en entornos de pobreza extrema, y muchas veces abandonados por sus familias en largas jornadas,

debido a la urgencia de ganarse la vida trabajando en las calles o en el campo. (Discapacidad Ecuador , 2012)

Este escenario de desamparo obligó una respuesta inmediata del Estado ecuatoriano. Es así que surge la Misión Joaquín Gallegos Lara, inspirada en el escritor guayaquileño con discapacidad en sus piernas, cuya visión social se resumen en su obra cumbre “Las Cruces Sobre el Agua”, para cumplir con el objetivo de llegar a la población más vulnerable del país.

Con equipos multidisciplinarios de médicos, psicopedagogos y trabajadores sociales, Joaquín Gallegos Lara visita los casos con discapacidad severa o multi-discapacidad identificados por Manuela Espejo, para registrar a un familiar cuidador o persona que se haga responsable de sus cuidados. (Discapacidad Ecuador , 2012)

En el Ecuador, 14.479 personas son beneficiarias del Programa Joaquín Gallegos Lara que consiste en la entrega de una ayuda económica de 240 dólares a un familiar cuidador o persona que se haga responsable del cuidado de una persona que padece de discapacidad física o intelectual severas, dicha ayuda es pagado a través del Banco Nacional de Fomento, también se entrega medicinas, capacitación en áreas como salud, higiene, rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima y se compromete además a cumplir con un seguimiento permanente por parte del Seguro Social Campesino y el Ministerio de Salud, en coordinación con la Vicepresidencia de la República. (Discapacidad Ecuador , 2012)

Así también los beneficiarios del programa reciben un seguro exequial totalmente gratuitos en caso del fallecimiento de la persona con discapacidad, Además, la persona cuidadora puede contar con un Seguro de Vida por un valor de 500 dólares. (Discapacidad Ecuador , 2012)

2.1.6 Discapacidad Según La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Es muy importante citar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ya que gracias a la misma podemos aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. (OMS, 2013)

2.1.6.1 Estructura de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.

Para poder entender globalmente la clasificación de la CIF, es importante entender su estructura. Se trata de una organización jerárquica compuesta por una serie de elementos: Con este término nos referimos al todo, al universo y estructura global de la CIF. En un orden jerárquico, éste es el término de máximo nivel. (UIPC IMPERSO, 2000)

2.1.6.1.1 Partes de la Clasificación.

Son sus dos grandes subdivisiones:

- Funcionamiento y Discapacidad
- Factores Contextuales

2.1.6.1.2 Componentes.

Son cada una de las subdivisiones principales de las Partes.

2.1.6.1.3 Constructos.

Este es un término el cual si bien podría ser reemplazado por otro conceptualmente equivalente pero lingüísticamente más adecuado (concepto o idea) se ha mantenido en la clasificación dado que al formar parte de la estructura jerárquica de la clasificación, ha parecido necesario evitar la confusión que podría derivarse de sus substitución por las otras alternativas. Nos sirven para interpretar los componentes, es decir para poder saber cuál es el funcionamiento o la discapacidad de un individuo en cuanto a sus Funciones y Estructuras Corporales, su Actividad y Participación, sus Factores Ambientales y sus Factores Personales. Hay cuatro Constructos para la Parte 1 y uno para la Parte 2. (UIPC IMPERSO, 2000)

2.1.6.1.4 Los Constructos de la Parte 1 son:

- Cambio en funciones corporales
- Cambio en estructuras corporales
- Desempeño/Realización (lo que la persona hace en su entorno/ambiente real
- Capacidad (máximo nivel posible de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un momento dado en Actividad y Participación).

2.1.6.1.5 El Constructo de la Parte 2 es:

Facilitadores/barreras (factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran/limitan el funcionamiento y reducen/generan la discapacidad).

2.1.6.1.6 Dominios.

Son un conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas, o áreas de la vida. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente. Algunos ejemplos de estos dominios son:

Dominios de las Funciones Corporales:

- Funciones mentales. (Dentro de él están los dominios: Funciones mentales globales y Funciones mentales específicas).
- Funciones sensoriales y dolor (dentro de él aparecen los dominios Vista y funciones relacionadas, Funciones auditivas y vestibulares, Funciones sensoriales adicionales y Dolor).

Dominios de las Estructuras Corporales:

- Estructuras del sistema nervioso.
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas.

Dominios de Actividades y Participación:

- Movilidad. (Dentro de él estarían los dominios: Cambiar y mantener la posición del cuerpo, Llevar, mover y usar objetos, Andar y moverse y Desplazarse utilizando medios de transporte).
- Auto cuidado
- Vida doméstica (Dentro de él estarían los dominios: Adquisición de lo necesario para vivir, Tareas del hogar y Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás).

Dominios de los Factores Ambientales:

- Productos y tecnología.
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.
- Apoyo y relaciones.

2.1.6.1.7 Categorías.

Son clases y subclases dentro del dominio de cada componente. Como ya habíamos mencionado anteriormente las categorías son las unidades de clasificación (la CIF no clasifica personas).

Algunos ejemplos de categorías son:

Dentro del dominio Funciones mentales:

- Funciones de la conciencia.
- Nivel de conciencia.
- Funciones de la orientación.
- Orientación respecto a uno mismo.

Dentro del dominio Estructuras del Sistema nervioso:

- Estructura del cerebro.
- Estructura de los lóbulos corticales.
- Lóbulo frontal.

Dentro del dominio Cambiar y mantener la posición del cuerpo:

- Cambiar las posturas corporales básicas.
- Tumbarse.
- Ponerse en cuclillas.

Dentro del dominio Productos y tecnología:

- Productos y sustancias para el consumo personal.
- Comida.
- Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria.

2.1.6.2 Componentes de la CIF.

Una vez analizado y descrito tanto el modelo teórico aportado por la CIF como su estructura, es fundamental que analicemos en detalle cada uno de los componentes que la configuran. (UIPC IMPERSONO, 2000)

2.1.6.2.1 Deficiencia.

Deficiencia son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa de la norma generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, o una pérdida de dichas funciones o estructuras. Funciones y Estructuras se exploran en la CIF atendiendo a los siguientes listados:

2.1.6.2.2 Funciones Corporales.

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Las funciones corporales se clasifican en los siguientes apartados:

- Funciones mentales.
- Funciones sensoriales y dolor.
- Funciones de la voz y el habla.
- Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Funciones genitourinarias y reproductoras.
- Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.
- Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

2.1.6.2.3 Estructuras Corporales.

Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Aunque en la CIDDM de 1980 se hablaba de órgano, este concepto no está claro dado que es difícil identificar y definir sus límites e implica la existencia de una entidad o unidad dentro del cuerpo, por estos motivos es por los que en la CIF el término órgano se sustituye por el de estructura corporal. (UIPC IMPERSONO, 2000)

Las estructuras corporales se clasifican en los siguientes apartados:

- Estructuras del sistema nervioso.
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas.
- Estructuras involucradas en la voz y el habla.
- Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio.
- Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor.
- Estructuras relacionadas con el movimiento.
- Piel y estructuras relacionadas.

2.1.6.2.4 Actividad.

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. La dimensión Actividad abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud, desde el aprendizaje básico o la mera observación, hasta otras áreas más complejas tales como las interacciones personales y el empleo. (UIPC IMPERSONO, 2000)

Limitaciones en la Actividad.

Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades. El término limitaciones en la actividad sustituye a de discapacidad utilizada en la versión de 1980 de la CIDDM, ya que en la CIF, como se ha comentado anteriormente el término discapacidad ha pasado a ser un término global. (UIPC IMPERSON, 2000)

2.1.6.2.5 Participación.

Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. La dimensión de Participación trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida. La participación denota el grado de implicación de la persona. Esta implicación incluye ideas como las de tomar parte, ser incluido o participar en alguna área de la vida, así como las de ser aceptado, o tener acceso a los recursos necesarios. (UIPC IMPERSON, 2000)

Esta respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, puede facilitar u obstaculizar la participación de éste en varias áreas. La implicación se refiere por tanto a la experiencia vivida por las personas en el contexto real en el que viven. (UIPC IMPERSON, 2000)

Restricciones en la participación.

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo (enfermedad, trastorno, daño, etc.). (UIPC IMPERSON, 2000)

2.1.6.2.6 Clasificación de la Actividad y Participación.

La actividad (al igual que la Participación) se clasifica en los siguientes apartados:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales.
- Comunicación.
- Movilidad.
- Auto cuidado.
- Vida doméstica.
- Interacciones y demandas interpersonales.
- Áreas principales de la vida.
- Vida comunitaria, social y cívica.

Una vez entendidos los conceptos de Actividad y Participación podemos analizar su complementariedad. Así, si desde la perspectiva de la Actividad podemos llegar a conocer lo que una persona con una determinada condición de salud puede llegar a desarrollar en un ambiente que le resulte facilitador, y desde la perspectiva de la Participación podemos analizar lo que la persona hace en el entorno en el que desarrolla su vida, la diferencia entre ambas nos aporta una valiosa información. Sobre esta diferencia es sobre la que podremos actuar tanto desde el punto de vista de la rehabilitación como para la planificación de políticas, estrategias de intervención etc. (UIPC IMPERSON, 2000)

2.1.6.2.7 Factores Contextuales.

Los Factores Contextuales son los factores que constituyen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de

salud y sobre la salud y los estados relacionados con la salud de esta persona. (UIPC IMPERSO, 2000)

2.1.6.2.8 Factores Ambientales.

Constituyen el ambiente físico, social y latitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los factores son externos a los individuos e interactúan con los componentes Funciones y Estructuras Corporales y Actividades y Participación, de manera que pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. (UIPC IMPERSO, 2000)

Debido a esta interacción, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en una persona con una determinada condición de salud. Así, un entorno con barreras, o sin facilitadores (ej. edificios inaccesibles), restringirá el desempeño/realización de la persona; mientras que otros entornos más facilitadores puede incrementarlo (rampas en los edificios). (UIPC IMPERSO, 2000)

Los Factores Ambientales se clasifican como sigue:

- Productos y tecnología.
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.
- Apoyo y relaciones.
- Actitudes.
- Servicios, sistemas y políticas.

2.1.6.2.9 Factores Personales.

Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una

condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. Estos Factores Personales no se clasifican de momento en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural que lleva asociada. (UIPC IMPERSONAL, 2000)

2.1.7 Clasificación de la Discapacidad según El Concejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).

Considerando la complejidad de la clasificación y organización de la información censal, se consideró la necesidad de disponer de claves para clasificar tanto las respuestas que correspondieran inequívocamente a una discapacidad, como las ambiguas y las que no se refieren a discapacidades. Se decidió también, incorporar descripciones en términos de deficiencia y de discapacidad, en lenguaje técnico o coloquial, ya que la información puede ser declarada en cualquiera de estas formas”. (CONADIS Ecuador, 2009)

Para tomar esta decisión el CONADIS consultó al CIDDM y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE, con la finalidad de definir la ubicación de algunas descripciones.

Con base en las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y en las experiencias contenidas en el documento de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, del Instituto Nacional de Estadística, Madrid, España (1999), se retomaron algunos criterios de clasificación

adecuándolos a las características propias del proyecto censal. (CONADIS, Estructura de la clasificación de tipo de discapacidad, 2009).

Es importante mencionar que se trató de respetar las opiniones de recopilación y clasificación que maneja nivel mundial por la CIDDM para que pueda facilitar la comparación de los datos con otros países. Es por ello que para el censo la clasificación tomada en cuenta no corresponde exactamente a la que presenta la CIDDM, aunque sí permite realizar comparaciones para ciertos niveles de desagregación, en particular para las discapacidades sensoriales.

Entre las razones por las cuales no se puede utilizar la estructura de la CIDDM en un proyecto censal, se pueden mencionar el diseño de la pregunta seleccionada y la opción abierta, que refleja las formas en que la población concibe la discapacidad, así como el operativo censal, el cual no permite una capacitación exhaustiva del tema debido al perfil de los entrevistadores. (CONADIS, Estructura de la clasificación de tipo de discapacidad, 2009)

2.1.7.1 En que consiste la calificación de discapacidades.

La calificación de discapacidades es un análisis que se lleva a cabo por un equipo de profesionales, conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social, estos evalúan y diagnostican en la persona los aspectos psicológicos y sociales que se presentan por secuelas irreversibles de enfermedades genéticas, congénitas o adquiridas, y a consecuencia de estas ven limitada o restringida sus actividades consideradas normales para su edad, género, formación, cultura u otros. (Carnet CONADIS Ecuador, 2012)

Se determina tipo, grado y porcentaje de discapacidad, se orienta una rehabilitación integral y se relaciona a la persona con los derechos y beneficios vigentes en el país, para equiparar sus oportunidades a fin de lograr su máximo desarrollo y elevar la calidad de vida de la persona evaluada y calificada. La

calificación identifica y certifica los elementos que permiten acceder a la “condición legal de persona con discapacidad”, a fin de garantizar al usuario de este servicio el amparo de la ley y normativas sobre discapacidades vigentes en el país. (Carnet CONADIS Ecuador, 2012)

2.1.7.2 Tipos de discapacidad. (Concejería de empleo, mujer y inmigración. Comunidad de Madrid)

2.1.7.2.1 Discapacidad Física

La discapacidad física es una deficiencia de tipo motor y/o visceral. En el siguiente cuadro presentamos una breve clasificación:

- Sistema músculo esquelético: degenerativas (artrosis y osteoporosis), inflamatorias (artritis, artritis reumatoide, lupus eritematoso), infecciosas (osteomielitis, tuberculosis ósea, mal de Pott), traumáticas (esguinces, luxaciones, fracturas)
- Sistema nervioso (accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, hemorragias intracraneales, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrofica, epilepsia, tetraplejia, paraplejia).
- Aparato respiratorio (parálisis diafragmática, hiper tensión pulmonar, derrame pleural, fibrosis pulmonar, asma, trasplante de pulmón, neumotórax, neumonía, tuberculosis pulmonar).
- Sistema cardiovascular (alteraciones del ritmo cardiaco, insuficiencia cardiaca, hiper tensión arterial, isquemia arterial crónica, valvulopatias, shock hipovolémico, arritmias).
- Sistema hematopoyético y sistema inmunitario (anemias, Inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH...)
- Aparato digestivo (enfermedad del hígado, trastornos del páncreas, colon irritable, apendicitis, incontinencia...)
- Aparato genitourinario (deficiencias del riñón, incontinencia urinaria...)

- Sistema endocrino (hipertiroidismo, diabetes...)
- Piel y anejos (psoriasis)
- Neoplasias (tumor)

2.1.7.2.2 Discapacidad sensorial auditiva

La discapacidad auditiva es un término amplio que se refiere a la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial. Dependiendo del momento en el que se produzca la discapacidad, y en función de factores como la adecuación del proceso educativo y/o rehabilitador, podemos encontrar personas que realicen lectura labio-facial y que se comuniquen oralmente, y otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos.

La clasificación es:

- Sordera prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje
- Sordera postlocutiva: posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años)

Existen diversos criterios para clasificar las diferentes tipologías de pérdida auditiva o sordera, según: la localización de la lesión, de las causas de la pérdida auditiva, del grado de pérdida auditiva o de la edad del comienzo de la sordera.

- Debilidad auditiva superficial: Implica la pérdida de algunos sonidos, sin llegar a ser tan profunda como para afectar a la mayoría de los usos de la audición.
- Debilidad auditiva media: Implica que muchos sonidos no son escuchados (como sonidos ambientales o sonidos del lenguaje).
- Pérdida bilateral significativa: Implica una pérdida auditiva en ambos oídos; por lo que hay dificultades para escuchar y comprender el lenguaje (se escucha la voz, pero no se discrimina el mensaje).

- Pérdida auditiva severa: Implica que muchos sonidos no son escuchados, no se discriminan las palabras.
- Pérdida profunda: Implica que la mayoría de los sonidos no son escuchados.

2.1.7.2.3 Discapacidad Sensorial visual.

La discapacidad visual es la carencia o afectación del canal visual de adquisición de la información. Las principales causas de la discapacidad visual son los errores de refracción (miopía, hipermetropía, o astigmatismos) no corregidos, cataratas no operadas, y glaucoma. La ONCE considera como persona ciega la persona que, desde ninguno de los dos ojos, puede contar los dedos de una mano a 4,50 metros de distancia, con gafas correctamente graduadas. Se consideran diferentes grados de limitación:

Ceguera:

- Ceguera total: ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa
- Ceguera parcial: Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo.

Baja visión:

- Baja visión severa: visión reducida que permite distinguir volúmenes, escribir y leer muy de cerca y distinguir algunos colores.
- Baja visión moderada: Permite una lectoescritura si se adaptan unas ayudas pedagógicas y/o ópticas adecuadas.

2.1.7.2.4 Discapacidad Intelectual

La Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo ofrece (2002), la siguiente definición: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad intelectual se origina antes de los 18 años”. Dicha definición evalúa a la persona utilizando un enfoque multidimensional (capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y red social, salud y contexto), superando las dificultades de la evaluación única de las habilidades adaptativas.

2.1.8 Funcionamiento de conducta adaptativa.

La discapacidad intelectual se diagnostica a partir de la consideración del:

Funcionamiento intelectual.

Se entiende por inteligencia la capacidad mental general.

Las personas con discapacidad intelectual presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como en la capacidad de razonar (formulación hipótesis y resolución de problemas). A sí mismo, suelen presentar un proceso de aprendizaje lento.

Funcionamiento de conducta adaptativa.

Por comportamiento adaptativo nos referimos al conjunto de habilidades que las personas han aprendido para desenvolverse en su vida diaria; de esta forma no es suficiente tener un funcionamiento intelectual significativamente bajo, sino que también debe sustentarse la conducta adaptativa significativamente baja.

2.1.9 Origen de la DI

Antes de los 18 años el origen más frecuentes de la di es antes del nacimiento como el síndrome de Down, el síndrome x frágil, afecciones genéticas, etc. También encontramos que algunas de las causas se originan durante el parto o después de nacer, por alguna lesión cerebral; en niños mayores se pueden deber a lesiones graves en la cabeza, accidentes cerebro- vasculares o ciertas infecciones. En la DI, a parte de la capacidad intelectual, hay otras áreas que pueden verse afectadas, como:

2.1.9.1 La psicomotricidad.

El término de psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

2.1.9.2 La habilidad emocional. (Alvaro Tineo, 2014)

Se define como la capacidad que tiene una persona de manejar, entender, seleccionar y trabajar sus emociones y la de los demás con eficiencia y generando resultados positivos.

2.1.9.3 La atención- concentración. (Técnicas de Estudio).

Es la capacidad de una persona de mantener fija su atención en un objeto en profundidad y durante largo tiempo.

2.1.9.4 Orientación espacial. (Alexa Marañon , 2012)

Es la capacidad para localizar el propio cuerpo en función de los objetos así como, la capacidad de situar los objetos en función de nuestra propia situación.

2.2 Otavalo.

2.2.1 Otavalo "Capital de las artesanías ecuatorianas"

Debido a la variedad y calidad de productos que se ofrecen a los visitantes y del mundialmente famoso mercado indígena. Es el corazón de la Provincia de Imbabura y el punto de encuentro en los Andes sobre el nivel del mar. La ciudad está ubicada a 110 kilómetros al norte de Quito, capital del Ecuador; asentada en un amplio valle, a una altura de 2.565 m.s.n.m. Está rodeada por los cerros Imbabura, Mojanda, las Lomas de Yambiro y Pucará. (Asociacion de Municipalidades Ecuatorianas, 2012)

2.2.2 División política administrativa

El cantón Otavalo está integrado por la ciudad del mismo nombre y por once parroquias dos urbanas y nueve rurales. Las parroquias rurales son:

- Eugenio Espejo.
- San Pablo del Lago.
- González Suárez.
- San Rafael.
- San Juan de Ilumán.
- Dr. Miguel Egas Cabezas.
- San José de Quichinche.
- San Pedro de Pataquí.

- Selva Alegre.

2.2.3 Resultados del último censo (Gualapuro, 2010)

El último censo de discapacidad fue en el 2010 sin tomar en cuenta discapacidades por la edad. Los datos del censo definen datos de discapacidad dentro del aspecto auditivo, físico, intelectual, lenguaje, psicológico y visual a nivel nacional donde Imbabura tiene el 2,66%; que aunque se considera un porcentaje pequeños es fundamental el trabajo con estas personas.

Estadísticas hasta el momento en Imbabura se detecta 8.953 casos entre:

- Discapacidades Auditivas.
- Discapacidades Físicas.
- Discapacidades Intelectuales.
- Discapacidades Psicológicas.
- Discapacidades de Lenguaje.
- Discapacidad Visual.

De todos estos casos no son atendidos en su totalidad. Entre el 2% y el 5% aún hace falta cubrir las solicitudes de atención. La estadística nacional coincide con la provincial, donde el 2.2 % de la población tiene algún grado de discapacidad en su mayoría física. (Gualapuro, 2010)

De acuerdo con el último censo la distribución de las personas con discapacidad registradas en el Cantón Otavalo de la parroquia Selva Alegre es un total de 52 personas del sexo masculino 33 con un 63,46 % y el sexo femenino 19 con un 36.54 %. (Diario El Universo, 2013)

2.2.4 Datos Sociodemográficos de la Parroquia de Selva Alegre.

Población:

- Al censo 2010 Selva Alegre cuenta con 1750 habitantes.

Extensión:

- Su extensión es de 113 Kilómetros cuadrados.

Clima:

- Su clima varía entre los 1200 msnm y 1600msnm.

Límites:

- Norte: Rio Intag en partes y cuchilla Tollointag.
- Sur: Rio Pamplona.
- Este: Montañas de Cambugan.
- Oeste: En la confluencia de los Ríos Pamplona e Intag.

2.2.5 Historia:

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. (Santander, 2014)

2.3 Marco legal

2.3.1 Aspectos legales de la Constitución de la República del Ecuador 2008.

Capítulo Segundo

Derechos del Buen Vivir

Sección séptima De acuerdo a la constitución de la República del Ecuador (2008) en salud cita en el:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo Tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

De acuerdo a la constitución de la República del Ecuador (2008) se cita en el:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención

prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección Sexta de la Constitución de la República del Ecuador.

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 tributarlo.
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.

Sección Séptima de la Constitución de la República del Ecuador

Personas con enfermedades catastróficas.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

2.3.2 Aspectos Legales del Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) (PNBV), relacionados con discapacidad.

De acuerdo con el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 (PNBV), como instrumento máximo de planificación nacional y definición de política pública, plantea una serie de políticas y lineamientos sobre discapacidad, inclusión, grupos de atención prioritaria y equidad que, de manera articulada, apuntan a generar cambios profundos en los patrones socioculturales, políticos y económicos para el grupo de personas. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

Objetivo 1. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

Política

- Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades (en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda).
- Impulsar la protección social integral y seguridad social solidaria de la población con calidad y eficiencia a lo largo de la vida con principios de igualdad, justicia, dignidad, interculturalidad.
- Promover la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para generar condiciones de equidad.
- Democratizar los medios de producción para generar condiciones y oportunidades equitativas.
- Asegurar la redistribución solidaria y equitativa de la riqueza.
- Reconocer y respetar las diversidades socioculturales y erradicar toda forma de discriminación, sea ésta por motivos de género, de opción sexual, étnico-culturales, políticos, económicos, religiosos, de origen, migratorios, geográficos, etéreos, de condición socioeconómica, condición de discapacidad u otros.
- Proteger y promover los derechos de las y los ecuatorianos en el exterior y de las y los extranjeros en el Ecuador y de sus diversas formas de familia.
- Impulsar el Buen Vivir rural.
- Promover el ordenamiento territorial integral, equilibrado, equitativo y sustentable que favorezca la formación de una estructura nacional policéntrica.
- Asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de derechos.

Objetivo 2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.

Política. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

- Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.

- Mejorar progresivamente la calidad de la educación, con un enfoque de derechos, de género, intercultural e inclusiva, para fortalecer la unidad en la diversidad e impulsar la permanencia en el sistema educativo y la culminación de los estudios.
- Promover el deporte y las actividades físicas como un medio para fortalecer las capacidades y potencialidades de la población.

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

Política. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

- Promover prácticas de vida saludable en la población.
- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.
- Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia.

Objetivo 4. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

Política.

- Reducir la vulnerabilidad social y ambiental ante los efectos producidos por procesos naturales y antrópicos generadores de riesgos.

Objetivo 6. Garantizar el trabajo estable, justo y digno, en su diversidad de formas. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

Políticas.

- Promover condiciones y entornos de trabajo seguro, saludable, incluyente, no discriminatorio y ambientalmente amigable.
- Impulsar procesos de capacitación y formación para el trabajo.

Objetivo 7. Construir y fortalecer espacios públicos interculturales y de encuentro común. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

Políticas.

- Garantizar a la población el derecho al acceso y al disfrute de los espacios públicos en igualdad de condiciones.

Objetivo 8. Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2014)

Políticas.

- Apoyar la construcción de la sociedad plurinacional e intercultural dentro de relaciones de reconocimiento de la diferencia y respeto mutuo, bajo los principios del Buen Vivir.
- Superar las desigualdades sociales y culturales garantizando el acceso universal de toda persona o colectividad a participar y beneficiarse de los diversos bienes y expresiones culturales.

2.3.3 Ley de Discapacidad.

Según la Presidencia De La República en el pleno afirma: (2012)

Que, El numeral segundo del artículo 11 de la Constitución de la República dispone que nadie podrá ser discriminado entre otras razones por motivos de discapacidad y que el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real a favor de los titulares de derechos que se encuentre en situación de desigualdad. (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

TÍTULO I

PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

CAPÍTULO PRIMERO DEL OBJETO, ÁMBITO Y FINES. (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

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

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

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado.

Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

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

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

CAPÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS RECTORES Y DE APLICACIÓN. (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

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

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

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

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

3. Igualdad de oportunidades: todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable;

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

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

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

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

8. Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como,

la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas;

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

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

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.

TÍTULO II DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS DERECHOS, GARANTÍAS Y BENEFICIOS (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

CAPÍTULO PRIMERO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS SUJETOS DE LEY

SECCIÓN PRIMERA DE LOS SUJETOS

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

- a) Las personas con discapacidad ecuatoriana o extranjera que se encuentren en el territorio ecuatoriano;
- b) Las y los ecuatorianos con discapacidad que se encuentren en el exterior, en lo que fuere aplicable y pertinente de conformidad a esta Ley;
- c) Las personas con deficiencia o condición 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.

CAPÍTULO SEGUNDO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

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.

Artículo 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que

brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

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

Artículo 22.- Genética humana y bioética.- La autoridad sanitaria nacional en el marco del Sistema Nacional de Salud normará, desarrollará y ejecutará el Programa Nacional de Genética Humana con enfoque de prevención de discapacidades, con irrestricto apego a los principios de bioética y a los derechos consagrados en la Constitución de la República y en los tratados e instrumentos internacionales.

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

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

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

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

Artículo 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.- La autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados.

Artículo 25.- Seguros de vida y/o salud y medicina prepagada.- La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las compañías de seguro y/o medicina prepagada incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida y/o salud a las personas con discapacidad y a quienes adolezcan de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas.

La autoridad sanitaria nacional vigilará que los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad por las compañías mencionadas en el inciso anterior, sean de la más alta calidad y adecuados a su discapacidad.

Todo modelo de contrato global de las compañías de seguros privados que incluyan coberturas de vida y/o de salud y de las compañías de salud y/o medicina prepagada deberán ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual deberá mantener coordinación con la autoridad sanitaria nacional. Los contratos no podrán contener cláusulas de exclusión por motivos de preexistencias y las mismas serán cubiertas aun cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora.

Se prohíbe negarse a celebrar un contrato de las características celebradas o a prestar dichos servicios, proporcionarlos con menor calidad o incrementar los valores regulares de los mismos, estando sujetos a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros y demás autoridades competentes.

Artículo 26.- Subsistema de información.- La autoridad sanitaria nacional mantendrá un sistema de información continua y educativa sobre todas las discapacidades y salud.

Las normas de carácter sanitario preverán las características que deberán contener los productos farmacéuticos y alimentos de uso médico, respecto de la rotulación con sistema Braille. La rotulación incluirá al menos la información de seguridad del producto, nombre, fecha de producción y vencimiento.

SECCIÓN SÉPTIMA DE LA ACCESIBILIDAD. (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

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

Los gobiernos autónomos descentralizados dictarán las ordenanzas respectivas para el cumplimiento de este derecho de conformidad a las normas de accesibilidad para personas con discapacidad dictadas por el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) y al diseño universal.

Los estacionamientos de uso público y privado tendrán espacios exclusivos para vehículos que transporten o sean conducidos por personas con discapacidad físico-

motora, ubicados inmediatamente a las entradas de las edificaciones o ascensores, en los porcentajes que establezcan las ordenanzas y el reglamento.

En el caso de los sistemas de estacionamiento tarifados creados por los gobiernos autónomos descentralizados se destinará un porcentaje de parqueaderos claramente identificados mediante señalización y color, de conformidad con el reglamento de la presente Ley.

El porcentaje señalado en los incisos anteriores no será inferior al dos por ciento (2%) del total de parqueos regulares de la edificación o de la zona tarifada.

Artículo 59.- Asistencia de animales adiestrados.- Las personas con discapacidad tienen derecho a ser acompañadas por auxiliares animales debidamente entrenados y calificados para cubrir sus necesidades. La permanencia y acompañamiento podrá efectuarse en los espacios y ambientes que permite el acceso a personas. Ninguna disposición pública o privada podrá impedir la libre circulación y el ejercicio de este derecho, a excepción de los centros de salud.

Los animales adiestrados deberán ser debidamente certificados por la autoridad sanitaria competente.

PARÁGRAFO 1° DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO Y AL TRANSPORTE PÚBLICO Y COMERCIAL (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

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

Los organismos competentes en tránsito, transporte terrestre y seguridad vial en las diferentes circunscripciones territoriales, previo el otorgamiento de los respectivos permisos de operación y circulación, vigilarán, fiscalizarán y controlarán

el cumplimiento obligatorio de las normas de transporte para personas con discapacidad dictadas por el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) y establecerán medidas que garanticen el acceso de las personas con discapacidad a las unidades de transporte y aseguren su integridad en la utilización de las mismas, sancionando su inobservancia.

Se adoptarán las medidas técnicas necesarias que aseguren la adaptación de todas las unidades de los medios de transporte público y comercial que sean libres de barreras y obstáculos y medidas.

Artículo 61.- Unidades accesibles.- Los organismos competentes para conceder permisos de operación a organizaciones de taxis, exigirán que al menos un porcentaje de sus unidades cuenten con las adecuaciones técnicas necesarias para transportar a personas con discapacidad con movilidad reducida, en función de las necesidades de la respectiva circunscripción territorial, de conformidad con el reglamento de esta Ley.

SECCIÓN NOVENA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Asamblea Nacional Republica del Ecuador , 2012)

Artículo 82.- Seguridad social.- La seguridad social es un derecho irrenunciable, y será deber y responsabilidad primordial del Estado garantizar y hacer efectivo su pleno ejercicio con respecto de las personas con discapacidad que requieran atención permanente y a las personas y las familias que cuiden de ellas.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipos de Investigación

3.1.1 Investigación descriptiva

Describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Este tipo de estudio busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. Con mucha frecuencia las descripciones se hacen por encuestas (estudios por encuestas), aunque éstas también pueden servir para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones. (Escudo CIEFIM, 2014).

3.1.2 Investigación explicativa

Lo que pretenden conducir a un sentido de comprensión o entendimiento de un fenómeno. Apuntan a las causas de los eventos físicos o sociales. Por lo tanto, están orientados a la comprobación de hipótesis causales de tercer grado; esto es, identificación y análisis de las causales (variables independientes) y sus resultados, los que se expresan en hechos verificables (variables dependientes). (Universidad Nacional Abierta y a Distancia , 2012)

3.1.3 Investigación correlacional

Los estudios correlacionales su principal objetivo es medir el grado de relación y la forma cómo interactúan dos o más variables entre sí. Estas relaciones se establecen dentro de un mismo contexto, y a partir de los mismos sujetos en la mayoría de los casos. (Universidad Nacional Abierta y a Distancia , 2012)

Para el presente estudio utilizamos el tipo de investigación descriptiva debido a que se describe la situación observada durante el proceso de la recolección de datos y la realización de la georreferenciación en la parroquia de Selva Alegre, Investigación Correlacional ya que estableceremos si existe o no relación entre las variables establecidas y finalmente Investigación Explicativa porque estudia las variables de un problema y cómo influyen en otras variables, cuando hay una relación causa y efecto. Para establecer si existe una relación causa-efecto, se aíslan y eliminan los factores que pueden ser causa de un resultado particular y probar sólo los que se quieren medir directamente.

3.1.4 Tipos de investigación según el grado de abstracción.

Para el desarrollo del proyecto se toman en cuenta los tipos de investigación según el grado de abstracción.

El tipo de investigación es aplicada porque su principal objetivo se basa en resolver problemas prácticos, con un margen de generalización limitado. De este modo genera pocos aportes al conocimiento científico desde un punto de vista teórico. Además hay que tener en cuenta el grado de generalización que es una investigación acción esto quiere decir que está encaminada a generar cambios en la realidad estudiada, más que llegar a conclusiones de carácter teórico. (Bisquerra, 1989).

En si es una investigación aplicada debido a que, se desarrolló este estudio con los conocimientos obtenidos en las exploraciones en la práctica, y con ello traer beneficios a la sociedad; como es el caso específico de las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos del Cantón Otavalo.

3.1.5 Tipos de investigación según la naturaleza de los datos.

El tipo de metodología para este tipo de estudio fue Cualitativa y Cuantitativa.

Cualitativo porque es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, referida a lo particular. (RENa Red Nacional Escolar, 2008). Esto quiere decir que realizamos una descripción que además no solo buscamos reunir un conocimiento profundo sobre la discapacidad sino buscar cambios en la comunidad para mejorar su calidad de vida.

Cuantitativo porque el objeto de estudio es externo, identifica leyes generales referidas a grupos de sujetos, sus instrumentos suelen recoger datos cuantitativos, se emplea el análisis estadístico como característica resaltante. (RENa Red Nacional Escolar, 2008). En si quiere decir que el producto será una información obtenida.

3.1.6 Tipos de investigación según la temporalización.

La investigación es de corte Transversal porque se realiza en un lapso de tiempo corto. Es como tomar una instantánea de un evento. (Conceptos Basicos de la Metodologia de la Investigacion , 2010).

Es por tal razón que en nuestro estudio se aplica este tipo de temporalización ya que lo realizamos en un tiempo corto desde el mes de febrero a julio del presente año sin necesidad de seguimiento.

3.2 Tipos de diseños de investigación

Diseño no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Lo que se hace en una investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en un contexto natural, para después analizarlos. De hecho no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en un ambiente natural, en su realidad. (Metodología de la Investigacion, 2010).

En nuestro estudio seleccionamos el diseño no experimental de corte transversal ya que al momento de recolectar la información observamos la realidad en la que vive cada persona con o sin discapacidad en las comunidades de la parroquia de Selva Alegre.

3.3 Localización.

El presente estudio se realizó en la parroquia de Selva Alegre.

3.4 Población

Es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. (Metodología de la Investigacion , 2010).

La presente investigación se la realizó en la ciudad de Otavalo parroquia de Selva Alegre en las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos, Quinde Km 12.

Tabla 1. Número de personas con discapacidades y enfermedades crónicas (discapacidad) en la Provincia de Imbabura según la Agencia Nacional de la Igualdad para las Discapacidades (2010-2013).

Provincia	No total de personas con discapacidad	Hombres con discapacidad		MUJERES CON DISCAPACIDAD	
		Numero	%	Numero	%
Imbabura	10820	23.634	3.04 %	26.230	3.16%

Tabla 2. Número de personas con discapacidad auditiva, Física, intelectual, lenguaje, psicológica y visual en la Provincia de Imbabura.

Provincia	Auditiva	Física	Intelectual	Lenguaje	Psicológico	Visual	Total
IMBABURA	2068	3885	1629	142	306	923	8953

El presente dato del CONADIS toma en cuenta a niños, jóvenes y adultos que tienen discapacidad auditiva, física, intelectual, lenguaje, psicológicas y visual que se encuentran registrados.

Tabla 3. Número de personas con discapacidad registradas por el CONADIS y La Misión Manuela Espejo en el Cantón Otavalo (2004).

Cantón de la Provincia de Imbabura	Total	Con Cédula		Sin Cédula	
		Cantidad	%	Cantidad	%
Otavalo	2.107	1.682	79,83	425	20,17

Tabla 4. Incremento de personas con discapacidad registradas por el CONADIS y La Misión Manuela Espejo en el Cantón Otavalo (2004).

Cantón de la Provincia de Imbabura	Total	%	Incremento	Total del Cantón
Otavalo	2.107	29	489	2596

Tabla 5. De acuerdo al censo realizado por el CONADIS en el 2010.

Parroquia	Habitantes
Selva Alegre	1750

Tabla 6. Para la realización de la investigación se trabajó con la población que conforma la parroquia Selva Alegre, del Cantón Otavalo, en un total de 104 familias, distribuidas en cinco barrios y comunidades, como se detalla en el siguiente cuadro:

Barrios y Comunidades	Total de Habitantes	Nro. De Familias
Santa Rosa	40	8
Quinde La Libertad.	175	35
Quinde Km 12.	180	36
Quinde Km 18.	55	11
Quinde Asabí De Talacos	70	14
Total.	520	104

3.5 Muestra

Es un subconjunto fielmente representativo de la población. (Metodología de la Investigación , 2010).

La muestra seleccionada en nuestro estudio la constituyen los habitantes que presenten algún tipo de discapacidad ya sea física, auditiva, visual, intelectual o del lenguaje. Con un total de 19 personas con discapacidad para un 100%.

Criterio de Selección de la muestra

La muestra fue intencionalmente seleccionada por criterio de las autoras de la investigación, teniendo en cuenta todas las personas con algún tipo de discapacidad presentes en estas comunidades.

Tabla 7. Número de personas con discapacidad de acuerdo al censo realizado en la Parroquia de Selva Alegre en las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 18, Quinde Azabí de Talacos, Quinde Km 12.

Comunidades de la Parroquia de Selva Alegre	Número de personas	Número de personas con Discapacidad
Santa Rosa	40	3
Quinde la Libertad	175	10
Quinde Km 18	55	1
Quinde Azabí de Talacos	70	1
Quinde Km 12	180	4
Total	520	19

Tabla 8. 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:

Barrios y Comunidades	POBLACIÓN				MUESTRA	
	Total de habitantes	% Habitantes	Nro. De Familias	% de Familias	Nro. De personas con discapacidad	% de Personas con Discapacidad
Santa Rosa	40	8%	8	8%	3	16%
Quinde La Libertad.	175	34%	35	34%	10	53%
Quinde Km 12.	180	35%	36	35%	4	21%
Quinde Km 18.	55	11%	11	11%	1	5%
Quinde Asabí De Talacos	70	13%	14	13%	1	5%
Total.	520	100%	104	100%	19	100%

3.6 Identificación de variables

Variable independiente:

Es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. Son los elementos o factores que explican un fenómeno científico, se identifica como causa o antecedente. (Guerrero, 2014)

Tenemos como variable independiente:

- ✓ Discapacidad

Variable dependiente:

Es el factor que es observado y medido para determinar el efecto de la variable independiente. Son los efectos o resultados del fenómeno que se intenta investigar. (Guerrero, 2014) Tenemos como variable dependiente:

- ✓ Características socio demográficas.
- ✓ Características socioeconómicas.

3.7 Operacionalización de variables:

Independiente: Discapacidad

Dependientes: Características sociodemográficas

Tabla 9. Operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Discapacidad	Características sociodemográficas	Discapacidad según género	Hombres con discapacidad Mujeres con discapacidad	% de hombres con discapacidad % de mujeres con discapacidad
		Discapacidad según Nacionalidad	Ecuatoriana Extranjera	% Ecuatoriana % Extranjera
		Discapacidad según Edad	Discapacitados < 5 años Discapacitados >65 años Discapacitados entre 13-18 años Discapacitados entre 19-29 años Discapacitados entre 30-49 años Discapacitados entre 50-64 años	% de discapacitados < 5 años % de discapacitados >65 años % de discapacitados entre 13-18 años % de discapacitados entre 19-29 años % de discapacitados entre 30-49 años

			Discapacitados entre 5-12 años	% de discapacitados entre 50-64 años % de discapacitados entre 5-12 años
		Autopercepción de etnia	Discapacitados Indígena Discapacitados Mestizo Discapacitados afroamericano	% de discapacitados Indígena % de discapacitados Mestizo % de discapacitados afroamericano
		Escolaridad	Discapacitados Alfabetizados Discapacitados Analfabetos Discapacitados con Primaria completa Discapacitados con Primaria incompleta Discapacitados con Secundaria completa Discapacitados con Secundaria incompleta Discapacitados con nivel Superior.	% de discapacitados Alfabetizados % de discapacitados Analfabetos % de discapacitados con Primaria completa % de discapacitados con Primaria incompleta % de discapacitados con Secundaria completa % de discapacitados con Secundaria incompleta % de discapacitados con nivel Superior.
		Actividades en la comunidad	Discapacitados que hace actividades con la familia y amigos	% de discapacitados que hace actividades con la familia y amigos

			Discapacitados que hace actividades con la comunidad	% de discapacitados que hace actividades con la comunidad
			Discapacitados que hace actividades Religiosas o espirituales	% de discapacitados que hace actividades Religiosas o espirituales
			Discapacitados que hace actividades Productivas	% de discapacitados que hace actividades Productivas
			Discapacitados que hace actividades Deportivas o de recreación	% de discapacitados que hace actividades Deportivas o de recreación
			Discapacitados que hace actividades Culturales	% de discapacitados que hace actividades Culturales
			Discapacitados que hace actividades Educación no formal	% de discapacitados que hace actividades Educación no formal
			Discapacitados que hace actividades Ciudadanas	% de discapacitados que hace actividades Ciudadanas
			Discapacitados que hace actividades diferentes	% de discapacitados que hace actividades diferentes
		Ingresos económicos	Discapacitados con ingresos entre 0 – 100 dólares	% de discapacitados con ingresos entre 0 – 100 dólares
			Discapacitados con ingresos entre 100 – 350 dólares	% de discapacitados con ingresos entre 100 – 350 dólares

			Discapacitados con ingresos entre 350 – 700 dólares	% de discapacitados con ingresos entre 350 – 700 dólares
			Discapacitados que no tiene ingreso mensual	% de discapacitados que no tiene ingreso mensual
		Jefe de hogar	Discapacitados que tiene como jefe de hogar al Padre	% de discapacitados que tiene como jefe de hogar al Padre
			Discapacitados que tiene como jefe de hogar a la Madre	% de discapacitados que tiene como jefe de hogar a la Madre
			Discapacitados que tiene como jefe de hogar al Hijo/hija	% de discapacitados que tiene como jefe de hogar al Hijo/hija
		Apoyo económico del gobierno	Discapacidades que reciben el Bono de desarrollo humano	% de discapacidades que reciben el Bono de desarrollo humano
			Discapacidades que reciben el Misión Manuela Espejo	% de discapacidades que reciben el Misión Manuela Espejo
			Discapacidades que reciben el Bono Joaquín Gallegos	% de discapacidades que reciben el Bono Joaquín Gallegos
			Discapacidades que reciben el Vivienda por discapacidad	% de discapacidades que reciben el Vivienda por discapacidad
		Relación /Área de trabajo	Discapacitados que realizan actividades laborales Artesanales	% de discapacitados que realizan actividades laborales Artesanales
			Discapacitados que realizan actividades laborales Domésticas	% de discapacitados que realizan actividades laborales Domésticas
			Discapacitados que realizan actividades laborales Mecánicas	% de discapacitados que realizan actividades laborales Mecánicas

			Discapacitados que realizan actividades laborales de oficina	% de discapacitados que realizan actividades laborales de oficina
			Discapacitados que realizan actividades laborales Agricultura	% de discapacitados que realizan actividades laborales Agricultura
		Ubicación	Discapacitados en la comunidad de Santa Rosa.	% de discapacitados en la comunidad de Santa Rosa.
			Discapacitados en la comunidad Quinde La Libertad	% de discapacitados en la comunidad Quinde La Libertad
			Discapacitados en la comunidad Quinde Km 12	% de discapacitados en la comunidad Quinde Km 12
			Discapacitados en la comunidad Quinde Km 18	% de discapacitados en la comunidad Quinde Km 18
			Discapacitados en la comunidad Quinde Asabí De Talacos	% de discapacitados en la comunidad Quinde Asabí De Talacos
		Disponibilidad de servicios	Discapacitados que disponen de Energía Eléctrica	% de discapacitados que disponen de Energía Eléctrica
			Discapacitados que hace actividades Alcantarillado	% de discapacitados que hace actividades Alcantarillado
			Discapacitados que hace actividades Teléfono	% de discapacitados que hace actividades Teléfono
			Discapacitados que hace actividades Recolección de	% de discapacitados que hace actividades Recolección de basura

			basura	% de discapacitados que hace actividades Agua potable
			Discapacitados que hace actividades Agua potable	
		Caracterización de la discapacidad	Personas con mayor afectación en El sistema nervioso	% de personas con mayor afectación en El sistema nervioso
			personas con mayor afectación en Los ojos	% de personas con mayor afectación en Los ojos
			personas con mayor afectación Los oídos	% de personas con mayor afectación Los oídos
			personas con mayor afectación Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	% de personas con mayor afectación Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
			personas con mayor afectación en La voz y el habla	% de personas con mayor afectación en La voz y el habla
			personas con mayor afectación en El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	% de personas con mayor afectación en El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
			personas con mayor afectación en La digestión, el metabolismo, las hormonas	% de personas con mayor afectación en La digestión, el metabolismo, las hormonas
			personas con mayor afectación en El sistema genital y reproductivo	% de personas con mayor afectación en El sistema genital y reproductivo
				personas con mayor afectación en

			El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas personas con mayor afectación en La piel personas con Otra enfermedad	% de personas con mayor afectación en El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas % de personas con mayor afectación en La piel % de personas con Otra enfermedad
		Discapacidad según Tiempo de origen	Discapacitados que tiene la discapacidad hace menos de cinco años Discapacitados que tiene la discapacidad hace 6 – 10 años Discapacitados que tiene la discapacidad hace 11 – 20 años Discapacitados que tiene la discapacidad hace 21 – 40 años Discapacitados que tiene la discapacidad hace > 40 años	% de discapacitados que tiene la discapacidad hace menos de cinco años % de discapacitados que tiene la discapacidad hace 6 – 10 años % de discapacitados que tiene la discapacidad hace 11 – 20 años % de discapacitados que tiene la discapacidad hace 21 – 40 años % de discapacitados que tiene la discapacidad hace > 40 años
		Discapacidad según Antecedente familiar	Discapacitados con antecedente familiar Discapacitados sin antecedente familiar	% de discapacitados con antecedente familiar % de discapacitados sin antecedente familiar
		Discapacidad según etiología	Discapacitados con etiología de Enfermedad profesional	% de discapacitados con etiología de Enfermedad profesional

			Discapacitados con etiología Por consumo de psicoactivos	% de discapacitados con etiología Por consumo de psicoactivos
			Discapacitados con etiología de Desastres naturales	% de discapacitados con etiología de Desastres naturales
			Discapacitados con etiología de accidente	% de discapacitados con etiología de accidente
			Discapacitados con etiología de violencia	% de discapacitados con etiología de violencia
			Discapacitados con etiología de conflicto armado	% de discapacitados con etiología de conflicto armado
		Discapacidad según Tratamiento	Discapacitados con prescripción de Uso de prótesis	% de discapacitados con prescripción de Uso de prótesis
			Discapacitados con prescripción de Medicación	% de discapacitados con prescripción de Medicación
		Discapacidad según Rehabilitación	Discapacitados que hacen uso de Medicina física y de rehabilitación Fisiatría	% de discapacitados que hacen uso de Medicina física y de rehabilitación Fisiatría
			Discapacitados que hacen uso de Psiquiatría	% de discapacitados que hacen uso de Psiquiatría
			Discapacitados que hacen uso de Fisioterapia	% de discapacitados que hacen uso de Fisioterapia
			Discapacitados que hacen uso de Fonoaudiología	% de discapacitados que hacen uso de Fonoaudiología

			Discapacitados que hacen uso de Terapia ocupacional	% de discapacitados que hacen uso de Terapia ocupacional
			Discapacitados que hacen uso de Optometría	% de discapacitados que hacen uso de Optometría
			Discapacitados que hacen uso de Psicología	% de discapacitados que hacen uso de Psicología
			Discapacitados que hacen uso de Trabajo social	% de discapacitados que hacen uso de Trabajo social
			Discapacitados que hacen uso de Medicamentos permanentes	% de discapacitados que hacen uso de Medicamentos permanentes
			Discapacitados que hacen uso de Otro tipo de rehabilitación	% de discapacitados que hacen uso de Otro tipo de rehabilitación
			Discapacitados que no usan ningún tipo de rehabilitación	% de discapacitados que no usan ningún tipo de rehabilitación
		Discapacidad según de Tiempo rehabilitación	Discapacitados que hacen rehabilitación 1 hora diaria	% de discapacitados que hacen rehabilitación 1 hora diaria
			Discapacitados que hacen rehabilitación Pasando un día	% de discapacitados que hacen rehabilitación Pasando un día
			Discapacitados que hacen rehabilitación 2 días x semana	% de discapacitados que hacen rehabilitación 2 días x semana
			Discapacitados que hacen rehabilitación 1 día x semana	% de discapacitados que hacen rehabilitación 1 día x semana

			Discapacitados que hacen rehabilitación Nunca	% de discapacitados que hacen rehabilitación Nunca
		Discapacidad según Conocimientos sobre discapacidad	Discapacitados que han recibido Capacitación	% de discapacitados que han recibido Capacitación
			Discapacitados que han recibido Capacitación laboral para discapacidad	% de discapacitados que han recibido Capacitación laboral para discapacidad

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección y procedimientos de la información.

3.8.1 La encuesta.

La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado. (FERRER., 2010)

3.8.2 La observación (ver anexo 1).

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. (FERRER., 2010)

Observación Directa.- Es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

Observación de Campo.- La observación de campo es el recurso principal de la observación descriptiva; se realiza en los lugares donde ocurren los hechos o fenómenos investigados.

Observación de Equipo o de grupo es, en cambio, la que se realiza por parte de varias personas que integran un equipo o grupo de trabajo que efectúa una misma investigación.

Para realizar este proyecto investigativo se tomó en cuenta varias fases siendo una de ellas la observación de tipo fue directa ya que estábamos en contacto con las personas, de campo porque lo realizamos en el lugar de los hechos y de equipo porque contamos con el apoyo de varias personas con el mismo objetivo de investigación también el reconocimiento de las comunidades asignadas que en

nuestro caso se ubicaron en la parroquia de Selva Alegre. Nos dirigimos hacia la parroquia asignada recibiendo la bienvenida del señor Vladimiro Santander, Presidente del Gobierno Parroquial de Selva Alegre a quién se le informó sobre nuestro proyecto investigativo y de tal manera el autorizo el ingreso a sus comunidades. Se realizó el reconocimiento de las comunidades y se conoció a que distancia se encuentran y como se puede llegar a ellas.

3.9 Métodos

Método deductivo directo – inferencia o conclusión inmediata: Se obtiene el juicio de una sola premisa, es decir que se llega a una conclusión directa sin intermediarios. (FERRER., 2010) Se utilizó este método ya que los resultados obtenidos al momento de realizar la encuesta fueron claros y concisos de tal manera que se llegó a una conclusión rápida y exacta.

3.10 Recolección de la Información. (Ver anexo 2)

Para obtener la recolección de la información se diseñó una encuesta la cual se aplica a través de la aplicación “Open Data Kit Collect”. Para poder realizar este procedimiento nos dirigimos a cada comunidad Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos del Cantón Otavalo y se procedió a realizar la visita de casa en casa averiguando si existe algún miembro de familia o más que presenten algún tipo de discapacidad ya sea física, auditiva, visual, del lenguaje o intelectual; al encontrar alguna persona con cualquier tipo de discapacidad se procedió a realizar la encuesta y a colocar el sello de la Universidad en el que se da a conocer que la vivienda ha sido censada; mientras que en las viviendas en las que no se encontró personas con discapacidad solo se procedió a colocar el sello de la Universidad para la enumeración de las viviendas.

Una vez ubicadas las personas con discapacidad se procedió a realizar la georreferenciación con la ayuda del GPS para poder obtener una localización clara y precisa de las viviendas de cada persona con discapacidad mediante las coordenadas y la altura.

3.10.1 Registro y procesamiento de datos

Una vez obtenidos los datos de la encuesta aplicada se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel, una vez completa se procede a ingresar la misma al programa Epi Info que nos ayudó a realizar las tablas correspondientes.

3.11 Equipos e instrumentos

Para la realización de esta investigación se utilizó los siguientes materiales:

- ✓ EPIINFO.
- ✓ Computador
- ✓ Materiales de oficina
- ✓ Encuestas

3.12 Validez y confiabilidad de la investigación.

Validación:

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 de Ciencias De la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de Febrero del año 2014 y revisado por expertos en Discapacidad.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Introducción

En este capítulo se plantean los principales resultados de la investigación teniendo en cuenta la aplicación de la encuesta que está presente en los anexos y se georeferencia la discapacidad teniendo en cuenta los factores sociodemográficos. A continuación se muestran dichos resultados.

4.1 Discapacidad y datos sociodemográficos

Tabla 10 Discapacidad según género. (Ver anexo 3)

DISCAPACIDAD	GÉNERO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	1	14,29	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	4	57,14	5	41,67	9	47,37
LA PIEL	1	14,29	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	1	8,33	1	5,26
OÍDO	1	14,29	3	25,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	1	8,33	1	5,26
OTRAS	0	0,00	2	16,67	2	10,53
TOTAL	7	36,84	12	63,16	19	100,00

En esta población el género más representativo es el masculino, con 26 pp sobre el femenino. En contraste en los estudios del país donde siempre ha sido más

prevalente el género femenino. Al relacionar la discapacidad con el género, en la discapacidad física se encuentra más mujeres que hombres, en la discapacidad auditiva se encuentran más hombres que mujeres. En la discapacidad de voz y habla solo se encontraron hombres. Al analizar por género se encontró que en el género femenino el 57,14% presenta discapacidad física, y una igualdad de proporción entre alteraciones del sistema nervioso, la piel, y el oído con 14,29% cada una. En el género masculino se encontró que el 41,67% presenta discapacidad física, seguido por un 25% que presenta problemas auditivos, y otras alteraciones.

Trayendo consigo como resultado que hay discapacidades o alteraciones tanto físicas, como aditivas, otras, sistema nervioso, la piel, la voz y el habla, y el olfato, tacto y gusto.

Tabla 11 Discapacidad según edad. (Ver anexo 4)

DISCAPACIDAD	RANGO DE EDAD															
	< 18 años		< 5 años		> 65 años		13 -18 años		19 – 39 años		40 – 64 años		5 – 12 años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SISTEMA NERVIOSO	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	0	0	0	0	4	100	0	0	3	50	2	50	0	0	9	47,37
LA PIEL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	1	5,26
OÍDO	0	0	1	100	0	0	1	100	1	16,67	0	0	1	50	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,67	0	0	0	0	1	5,26
OTRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,67	1	25	0	0	2	10,53
TOTAL	1	5,26	1	5,26	4	21,05	1	5,26	6	31,58	4	21,05	2	10,53	19	100

Se encontró la mayor prevalencia de adultos mayores 21%, seguido del grupo de la población económicamente activa, en donde por sumatoria se encontró el 52,63%. Se halló niños menores de cinco años 5% y escolares 10%.

Al relacionar la edad con la discapacidad o alteración permanente se encuentra que en el grupo de los adultos mayores se encuentra que el 100% de ellos presenta discapacidad física. En los niños menores de cinco años el 100% de ellos tiene alteraciones auditivas, en los escolares el 50% tiene alteraciones permanentes en la piel, y el 50% alteraciones auditivas. En la población económicamente activa joven se encontró que el 50% tiene discapacidad física, la sexta parte tiene alteraciones auditivas, la sexta parte alteraciones de otros órganos de los sentidos y otra sexta parte otras alteraciones.

Trayendo consigo claramente que hay un grupo significativo de grupos vulnerables como son los niños y los adultos mayores.

Tabla 12 Discapacidad según etnia. (Ver anexo 5)

DISCAPACIDAD	ETNIA					
	INDÍGENA		MESTIZO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0	1	5,88	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	1	50	8	47,06	9	47,37
LA PIEL	0	0	1	5,88	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0	1	5,88	1	5,26
OÍDO	1	50	3	17,65	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0	1	5,88	1	5,26
OTRAS	0	0	2	11,76	2	10,53
TOTAL	2	10,5	17	89,47	19	100%

La etnia se enfocó desde el punto de vista de la autopercepción de la persona con discapacidad siendo así que se encontró la mayoría de etnia mestiza, con el 90% pese a ser una parroquia perteneciente al cantón Otavalo en donde la gran mayoría de la población de esta ciudad es indígena.

Cuando se relacionó la discapacidad por etnia, se encontró que del 10,5% de los indígenas el 50% de ellos presenta discapacidad física, y el otro 50% presenta discapacidad auditiva. En la etnia mestiza se encontró que casi la mitad de la población 47% tiene discapacidad física, el 17,65% tiene discapacidad auditiva, y en igualdad de proporciones se encontró alteraciones del sistema nervioso, la piel, la voz y el habla y alteraciones en olfato, tacto y gusto. (5.8%) cada una.

Tabla 13. Discapacidad según escolaridad. (Ver anexo 6)

DISCAPACIDAD	ESCOLARIDAD									
	Analfabeto		Preescolar		Primaria		Secundaria		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	1	33,33	1	16,67	6	75,00	1	50,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	2	66,67	1	16,67	1	12,50	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	5,26
OTRAS	0	0,00	1	16,67	1	12,50	0	0,00	2	10,53
TOTAL	3	15,79	6	31,58	8	42,11	2	10,53	19	100,00

El índice de escolaridad, fue muy bajo, se encontró que nadie posee un título de tercer nivel, la mayoría sin embargo al menos tiene una educación básica (primaria y bachillerato). El 15,79% no sabe leer ni escribir.

Al relacionar la escolaridad con las discapacidades, del 100% que conformaban el grupo de los analfabetos el 66% tenía alteraciones permanentes en el oído, situación que puede evidenciar el hecho de que no hayan tenido ningún tipo de instrucción.

La mitad de las personas con discapacidad que tiene un nivel de bachilleres tiene discapacidad física y la otra mitad tiene alteración en los órganos de los sentidos olfato, gusto y tacto.

Tabla 14. Discapacidad según actividad laboral. (Ver anexo 7)

DISCAPACIDAD	ACTIVIDAD LABORAL									
	AGRICOLA		INDUSTRIAL		NO TRABAJA		OTRA ACTIVIDAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	1	11,11	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	4	57,14	1	100,00	4	44,44	0	0,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	1	11,11	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	14,29	0	0,00	3	33,33	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	5,26
OTRAS	1	14,29	0	0,00	0	0,00	1	50,00	2	10,53
TOTAL	7	36,84	1	5,26	9	47,37	2	10,53	19	100,00

Existe un gran índice de desempleo 47%, el 37% se dedica al a agricultura, propia de la zona al ser un área rural. El área laboral donde mayormente se desempeñan las personas con discapacidad en este estudio, después del grupo de personas que no trabajan que son casi la mitad de la población, es el área agrícola y de quienes se dedican a esta área el 57% tiene discapacidad física y el 14% discapacidad auditiva. Situación similar se da en el grupo desempleado de donde casi la mitad de ellos tienen discapacidad física.

Tabla 15. Discapacidad según ingreso mensual. (Ver anexo 8)

DISCAPACIDAD	INGRESO MENSUAL							
	0 – 100 USA		350 – 700 USA		NO HAY INGRESO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	1	16,67	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	9	75,00	0	0,00	0	0,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	1	16,67	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	1	8,33	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	8,33	0	0,00	3	50,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	1	8,33	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OTRAS	0	0,00	1	100,00	1	16,67	2	10,53
TOTAL	12	63,16	1	5,26	6	31,58	19	100,00

El 63% refiere tener un ingreso mensual inferior a 100 dólares. Un gran porcentaje significativo 32% no tiene ingreso mensual.; lo que indica una baja disponibilidad de todo tipo de servicios, el acceso a los alimentos, a los medicamentos que necesitan las personas con discapacidad.

Quienes no perciben ningún tipo de ingreso, en su mayoría son discapacitados auditivos. Y las tres cuartas partes de quienes reciben un ingreso mensual inferior a 100 dólares son personas con alteraciones físicas permanentes.

Tabla 16 Discapacidad según jefe de hogar. (Ver anexo 9)

DISCAPACIDAD	JEFE DE HOGAR											
	CONYUGE		EL MISMO		FAMILIARES		HERMANOS		PADRES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	12,50	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	2	100,00	4	66,67	1	100,00	0	0,00	2	25,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	12,50	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	0	0,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	3	37,50	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	12,50	1	5,26
OTRAS	0	0,00	1	16,67	0	0,00	1	0,00	0	0,00	2	10,53
TOTAL	2	10,53	6	31,58	1	5,26	2	10,53	8	42,11	19	100,00

El jefe de hogar en la mayoría de los hogares en donde se realizó la encuesta son los padres de las personas discapacitadas, o ellos mismos, considerando que la gran mayoría pertenecen a la edad de la población económicamente activa.

Cuando se relaciona la discapacidad y el desempeño como jefe de hogar se encontró que la mayoría de las personas investigadas tienen como jefes de hogar a los padres, es decir, que todavía dependen de ellos desde emocional hasta económicamente, quienes dependen de los padres en su mayoría son personas con discapacidad auditiva.

El 32% de la población refiere ser el jefe de su hogar y de ellos el 67% tiene discapacidad física.

Tabla 17. Discapacidad según apoyo del gobierno. (Ver anexo 10)

DISCAPACIDAD	AYUDA DEL GOBIERNO					
	BONO DESARROLLO HUMANO		NINGUNO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	1	9,09	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	5	45,45	4	50,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	1	12,50	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	1	9,09	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	9,09	3	37,50	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	1	9,09	0	0,00	1	5,26
OTRAS	2	18,18	0	0,00	2	10,53
TOTAL	11	57,89	8	42,11	19	100,00

Lo rescatable de esta investigación es que el 58% si recibe ayuda del gobierno. Pero solo se encontró que reciben ayuda del Bono Solidario (Bono de Desarrollo Humano) de manera mensual. Cabe mencionar que en el país en el tiempo del Dr. Lenin Moreno se implementó la estrategia Manuela Espejo que era específica para tratar a las personas con discapacidad y a este sector no ha llegado.

Casi la mitad de quienes reciben el bono de desarrollo Humano pertenecen al grupo de personas con discapacidad física.

Tabla 18. Discapacidad según sector. (Georeferenciación) (Ver anexo 11)

DISCAPACIDAD	GEOREFERENCIACION											
	QUINDE KM 12		QUINDE KM 18		QUINDE LA LIBERTAD		QUINDE TALASACOS		SANTA ROSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	2	50,00	1	100,00	6	60,00	0	0,00	0	0,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	1	10,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	25,00	0	0,00	2	20,00	1	100,00	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	5,26
OTRAS	1	25,00	0	0,00	1	10,00	0	0,00	0	0,00	2	10,53
TOTAL	4	21,05	1	5,26	10	52,63	1	5,26	3	15,79	19	100,00

El barrio donde mayor prevalencia de discapacidad se encontró fue el de Quinde La Libertad con más de la mitad de la población en estudio, y de esta población el 69% tienen discapacidad física; la mayoría de las personas con deficiencias auditivas se encuentran en este mismo sector.

Tabla 19. Discapacidad y disponibilidad de servicios. (Ver anexo 12)

DISCAPACIDAD	SERVICIOS BASICOS											
	SOLO DISPONE DE ENERGIA ELECTRICA Y TELEFONO		NO DISPONE DE NINGUN SERVICIO		NO DISPONE DE RECOLEC. DE BASURA		SOLO DISPONE DE ALCANTARILLADO		SOLO ENERGIA ELECTRICA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	2	66,67	0	0,00	1	100,00	1	100,00	5	41,67	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	8,33	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	8,33	1	5,26
OÍDO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	33,33	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OTRAS	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	8,33	2	10,53
TOTAL	3	15,79	2	10,53	1	5,26	1	5,26	12	63,16	19	100,00

Al ser Selva Alegre una parroquia rural, podría verse inmiscuida la posibilidad de falta de acceso a servicios básicos no existe agua potable para nadie, ni recolección de basura. El alcantarillado solo dispone el 11% de las personas encuestadas.

La energía eléctrica está disponible en casi todos los hogares de la parroquia. Quienes no disponen de ningún servicio, en el 50% tienen alteraciones permanentes en el sistema nervioso y el otro 50% en los órganos del tacto, olfato y gusto.

4.2 Datos de la patología

Tabla 20 Discapacidad según etiología. (Ver anexo 13)

DISCAPACIDAD	ETIOLOGÍA											
	ACCIDENTE		ALTERACION GENETICA		CONDICIONES EN EL EMBARAZO		ENFERMEDAD GENERAL		NO SABE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	5	71,43	0	0,00	1	25,00	1	100,00	2	50,00	9	47,37
LA PIEL	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	0	0,00	1	33,33	1	25,00	0	0,00	2	50,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OTRAS	1	14,29	0	0,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	2	10,53
TOTAL	7	36,84	3	15,79	4	21,05	1	5,26	4	21,05	19	100,00

La principal causa de la discapacidad según la referencia de la persona encuestada fue por accidente (37%), así como problemas de salud de la madre en el embarazo (21%), considerando estos dos factores es necesario hacer hincapié en la prevención ya que en sumatoria el 58% de estas discapacidades hubiesen podido evitarse con una cultura de prevención.

Es importante considerar que según registro del CONADIS la deficiencia auditiva es una de las más prevalentes en Imbabura.

De quienes tiene como etiología un accidente el 70% tienen discapacidad física.

Del 21% de la población que refiere como etiología problemas en el embarazo de la madre, la cuarta parte tiene discapacidad física, la otra cuarta parte discapacidad auditiva, la otra cuarta parte discapacidad en la voz y el habla y la última con otro tipo de discapacidad.

Tabla 21 Discapacidad y antecedente familiar. (Ver anexo 14)

DISCAPACIDAD	ANTECEDENTE FAMILIAR							
	NO		NO SABE		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	6	66,67	3	50,00	0	0,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	1	16,67	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	5,26
OÍDO	2	22,22	2	33,33	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	5,26
OTRAS	1	11,11	0	0,00	1	25,00	2	10,53
TOTAL	9	47,37	6	31,58	4	21,05	19	100,00

Al preguntar sobre el antecedente de herencia, el 21% más de la mitad de personas mencionaron que si hay antecedente familiar en casa y el 47% refiere que no hay antecedente dato que se corrobora a indagar la etiología prevenible.

De quienes manifestaron tener antecedente familiar el 25% son personas con alteraciones en el sistema nervioso, otro 25% tiene problemas de la voz y el habla, otro 25% del olfato y la última cuarta parte tiene otro tipo de alteración permanente.

Al hacer esta relación se corroboró la información cuando se preguntó la etiología, es decir, que quienes no tiene antecedentes familiares de discapacidad son quienes presentaron una etiología de accidente.

Tabla 22 Discapacidad y años con la patología. (Ver anexo 15)

DISCAPACIDAD	AÑOS DE PATOLOGÍA													
	< 5 AÑOS		> 65 AÑOS		10 – 20 AÑOS		20 – 30 AÑOS		31 – 50 AÑOS		6 – 10 AÑOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	2	50,00	1	33,33	1	33,33	0	0,00	1	100,00	4	80,00	9	47,37
LA PIEL	1	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	25,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	0	0,00	1	20,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OTRAS	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	10,53
TOTAL	4	21,05	3	15,79	3	15,79	3	15,79	1	5,26	5	26,32	19	100

La mayoría de personas tiene una discapacidad entre 6 – 10 años (26,32%) y de ellos el 80% tiene discapacidad física, de las personas que tienen la discapacidad por más de 65 años el 33% tiene discapacidad física, el 33% tiene discapacidad de lenguaje y otro 33% tiene otro tipo de discapacidad.

Quiénes presentan menos años de evolución de la discapacidad, es decir, menos de 5 años en su mayoría son discapacitados físicos, auditivos y alteraciones en la piel.

Tabla 23. Discapacidad según tratamiento prescrito. (Ver anexo 16)

DISCAPACIDAD	TRATAMIENTO											
	FISIOTERAPIA		FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL		FONOAUDIOLOGÍA		NINGUNO		PSICOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	4	66,67	1	100,00	0	0,00	4	57,14	0	0,00	9	47,37
LA PIEL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OÍDO	1	16,67	0	0,00	1	33,33	2	28,57	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26
OTRAS	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	14,29	0	0,00	2	10,53
TOTAL	6	31,58	1	5,26	3	15,79	7	36,84	2	10,53	19	100,00

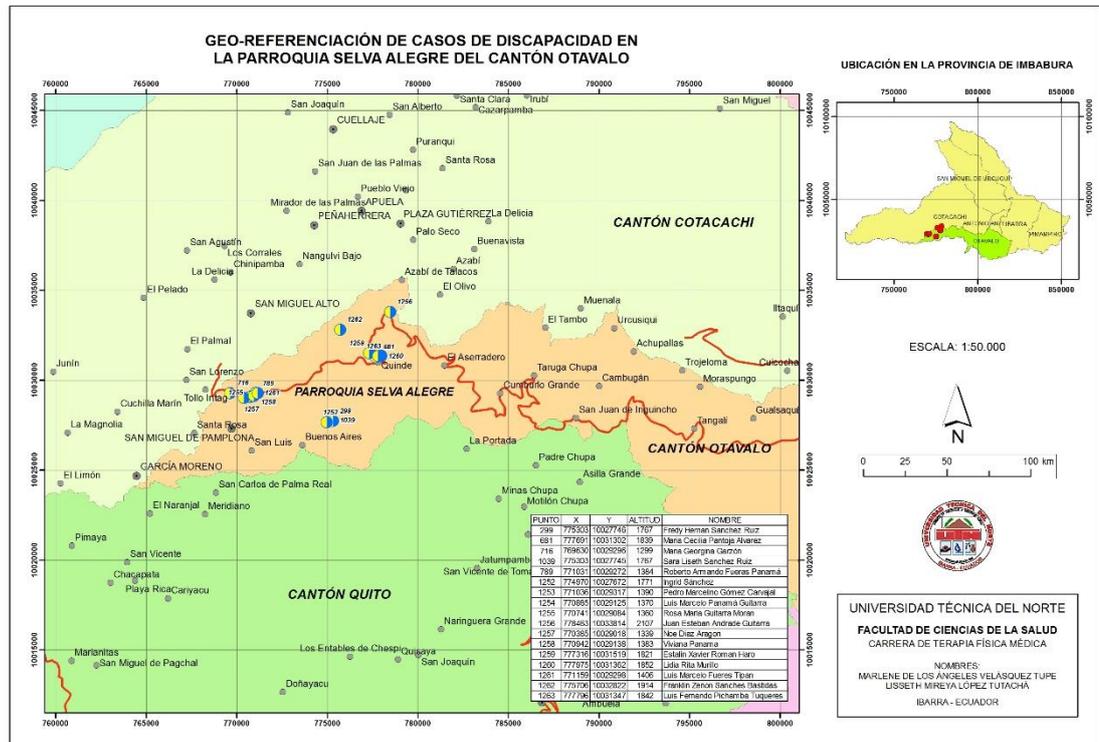
La prevalencia de tratamiento prescrito que más destaca es la de NINGUNO, eso quiere decir que no hubo atención médica oportuna, o no la hubo. A quienes les recomendaron fisioterapia en su mayoría fueron a las personas que sufren de discapacidad física. La terapia ocupacional únicamente fue prescrita para la persona con discapacidad física.

Tabla 24. Discapacidad y uso de prótesis. (Ver anexo 17)

DISCAPACIDAD	USO DE PRÓTESIS					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SISTEMA NERVIOSO	1	7,14	0	0,00	1	5,26
DISCAPACIDAD FÍSICA	4	28,57	5	100,00	9	47,37
LA PIEL	1	7,14	0	0,00	1	5,26
LA VOZ Y EL HABLA	1	7,14	0	0,00	1	5,26
OÍDO	4	28,57	0	0,00	4	21,05
OLFATO, TACTO Y GUSTO	1	7,14	0	0,00	1	5,26
OTRAS	2	14,29	0	0,00	2	10,53
TOTAL	14	73,68	5	26,32	19	100,00

El 73,64% no usa ningún tipo de prótesis, y de ellos quienes no las ocupan son los discapacitados auditivos y los discapacitados físicos; que a su vez son quienes más deberían ayudarse de aparatos para su condición. De los que si usan prótesis en su totalidad son las personas con discapacidad física.

4.3 Mapa de la Georreferenciación de las comunidades Santa Rosa, Quinde La Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí De Talacos del Cantón Otavalo.



4.4 Discusión de resultados

Antes de analizar los resultados obtenidos en esta investigación se comparó con otros estudios.

De acuerdo con el estudio realizado por la Universidad central y auspiciado por el CONADIS en el año 1996 se realizó un estudio de discapacidad a nivel nacional y se encontró entre muchos datos que Imbabura era una de las provincias de la Sierra con mayores prevalencias de discapacidad. (Cazar, S/F)

Según el CONADIS en su última corte de Septiembre de 2014, en Imbabura se registraron 10820 personas con discapacidad, y el cantón Otavalo es el segundo en número de personas con discapacidad. De los 10820 pobladores con discapacidad el

42,69% tiene discapacidad física, el 22,75% tiene discapacidad auditiva, el 19,11% padece de discapacidad intelectual, el 10,54% posee discapacidad visual. Al relacionar estos datos con los del estudio encontrado se encontró que la discapacidad o alteración permanente más prevalente es la física (47,37%), la aditiva (21,05%), otras (10,53%), y las restantes alteraciones permanentes al sistema nervioso, la piel, la voz y el habla, y el olfato, tacto y gusto. 5,26% cada una.

En este estudio se encontró mayor cantidad de discapacitados con género masculino en relación al femenino, casi se alcanzó la proporción de 2 a 1. Según el CONADIS en el país también hay más hombres discapacitados que mujeres, aunque la diferencia es de solo 5 pp. Ya que se halló que el 55% de discapacitados corresponde al género masculino, esto hablando a nivel nacional. (Diario La Hora, 2013). Al relacionar la discapacidad con el género, en la discapacidad física se encuentra más mujeres que hombres, en la discapacidad auditiva se encuentran más hombres que mujeres. En la discapacidad de voz y habla solo se encontraron hombres. Al analizar por género se encontró que en el género femenino el 57,14% presenta discapacidad física, y una igualdad de proporción entre alteraciones del sistema nervioso, la piel, y el oído con 14,29% cada una. En el género masculino se encontró que el 41,67% presenta discapacidad física, seguido por un 25% que presenta problemas auditivos, y otras alteraciones.

La investigación arrojó que en la parroquia de Selva alegre la mayor prevalencia de discapacidad se da en los adultos mayores 21%, seguido del grupo de la población económicamente activa, en donde por sumatoria se encontró el 52,63%. Se halló niños menores de cinco años 5% y escolares 10%. Se identificó claramente un grupo significativo de grupos vulnerables como son los niños y los adultos mayores. En un total de 36%.

Todos los adultos mayores discapacitados presentan discapacidad física. Y los niños menores de cinco años que son discapacitados todos tienen alteraciones auditivas, en los escolares el 50% tiene alteraciones permanentes en la piel, y el 50% alteraciones auditivas. En la población económicamente activa joven se encontró que

el 50% tiene discapacidad física, la sexta parte tiene alteraciones auditivas, la sexta parte alteraciones de otros órganos de los sentidos y otra sexta parte otras alteraciones.

Pese a ser Otavalo un cantón con la mayoría de personas de etnia propia de la zona como es la indígena, se halló mayor prevalencia de discapacidad en la etnia mestiza, con una diferencia de casi 10 pp. Del 10,5% de los indígenas el 50% de ellos presenta discapacidad física, y el otro 50% presenta discapacidad auditiva. En la etnia mestiza se encontró que casi la mitad de la población 47% tiene discapacidad física, el 17,65% tiene discapacidad auditiva, y en igualdad de proporciones se encontró alteraciones del sistema nervioso, la piel, la voz y el habla y alteraciones en olfato, tacto y gusto. (5.8%) cada una.

La escolaridad es un indicador de desarrollo social de la población, sin embargo las personas que presenta en cualquier tipo de deficiencia y discapacidad tienen menor acceso a los servicios de educación, sobre todo quienes presentan discapacidad intelectual y auditiva. Sin embargo es considerable que en el Gobierno de Rafael Correa y específicamente en la vicepresidencia de Lenin Moreno, se realizó muchos avances en la inserción de las personas con discapacidad a la sociedad; pero pese a la ley, pese a la promoción de estas estrategias en la parroquia donde se realizó la investigación se halló, que el índice de escolaridad, fue muy bajo, se encontró que nadie posee un título de tercer nivel, la mayoría sin embargo al menos tiene una educación básica (primaria y bachillerato). El 15,79% no sabe leer ni escribir.

Aunque al identificar que del 100% que conformaban el grupo de los analfabetos el 66% tenía alteraciones permanentes en el oído, se podría justificar el hecho de no saber leer ni escribir situación que puede evidenciar el hecho de que no hayan tenido ningún tipo de instrucción, sin embargo es necesario que el gobierno pueda captar estas personas para iniciar algún tipo de estrategia educacional, como el método Braille, que permita alcanzar un nivel básico de educación en este grupo vulnerable.

El 47% de la población investigada se encuentra en el desempleo, y quienes se dedican a alguna actividad laboral, lo hacen dentro de la Agricultura, lo que explica que el ingreso que perciban de manera mensual sea inferior a 100 dólares en el mejor de los casos. Sin embargo hay que considerar que en la mayoría de los casos las personas quienes son cabeza de hogar (jefes de hogar son los padres). Hay una estrecha relación entre la pobreza y la discapacidad, un estudio realizado por la OMS y el Banco Mundial en el año 2011, señala que “la discapacidad es causa y consecuencia de la pobreza como la pobreza es causa y consecuencia de la discapacidad, por lo tanto, las personas con discapacidad en situación de pobreza están cooptadas en un ciclo vicioso bidireccional”. (Altamar, 2013)

En cuanto a la ayuda del gobierno, el 58% de las personas reciben ayuda del Bono de Desarrollo Humano que lo percibe de manera mensual, sin embargo este grupo debe recibir mejor atención médica, preferencia en la cobertura de los servicios de salud.

Al analizar la etiología de la discapacidad se halló como causa principal los accidentes y alguna condición en el embarazo de la madre, lo que indica la poca cultura de prevención que hay en el país, y de estas personas la mayoría padece de una discapacidad física.

Ninguna persona de la investigación se encuentra realizando rehabilitación, pese a que a un porcentaje significativo se le prescribió como tratamiento la rehabilitación física. Lo relevante de este punto es que a casi el 63% de la población no se le prescribió ningún tipo de tratamiento, y esto pudo deberse a la falta de diagnóstico oportuno, al no acceso a la salud, al no acceso al tratamiento o al total descuido del paciente.

4.5 Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cuántas personas padecen discapacidad en las distintas comunidades de la parroquia de Selva Alegre del Cantón Otavalo?

Se encontró a 19 personas con discapacidad el sector de mayor prevalencia de discapacidad fue el de Quinde La Libertad con más de la mitad de la población en estudio, corresponden al 52.16% que son 10 personas; seguido de 4 personas con un 21.05% de Quinde Km 12, 3 personas con un 15.79% que corresponde en Santa Rosa; 1 persona en Quinde Asabí de Talacos q es el 5.26%, y por último que corresponde a Quinde Km 18 con una 1 persona que el 5.26%.

¿Cuáles son los tipos de discapacidad que se presenta con mayor prevalencia en las distintas comunidades Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo.?

Al realizar el Proyecto de Discapacidad en las distintas comunidades de la Parroquia Selva Alegre se pudo determinar que la discapacidad con mayor prevalencia es de discapacidad física con un 47.37%, seguida de un 21.05% a discapacidades auditivas; 10.57% a otras; una igualdad de proporción entre alteraciones del sistema nervioso, la piel, y el oído con 5.26%

¿Cómo Georeferenciar el grupo de personas que presentan la discapacidad?

Después de haber realizado el censo y saber cuántas personas presentan discapacidad en cada comunidad se acudió a ubicar el lugar mediante la utilización de GPS en la que constaba ubicación de coordenadas y altitud para tener una referencia precisa de dicha vivienda y posteriormente se acuda a brindar el tratamiento adecuado.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y socioeconómicos que presentan las personas con discapacidad?

Del análisis realizado podemos decir que con respecto a esta interrogante los principales factores sociodemográficos que se tuvieron en cuenta fue la ubicación en las diferentes comunidades donde se determinó que todas fueron de difícil acceso, y los principales factores socioeconómicos fueron las condiciones de vivienda, la energía eléctrica está disponible en casi todos los hogares de la parroquia, quienes no disponen de ningún servicio, en el 50% tienen alteraciones permanentes en el sistema nervioso y el otro 50% en los órganos del tacto, olfato y gusto, además el alcantarillado solo dispone el 11% de las personas encuestadas, los salarios que perciben estas personas un 63% refiere tener un ingreso mensual inferior a 100 dólares un gran porcentaje significativo 32% no tiene ingreso mensual y el nivel de atención por parte de las instituciones públicas o de gobierno lo rescatable de esta investigación es que el 58% si recibe ayuda del gobierno. Pero solo se encontró que reciben ayuda del Bono Solidario (Bono de Desarrollo Humano) de manera mensual.

4.6 Conclusiones

- A lo largo de la siguiente investigación que se realizó en las comunidades Santa Rosa, Quinde la Libertad, Quinde Km 12, Quinde Km 18, Quinde Asabí de Talacos del Cantón Otavalo se encontró a 19 personas con discapacidad de las cuales el 47.37% corresponde a discapacidad física; seguidas de un 21.05% a discapacidades auditivas; 10.57% a otras; una igualdad de proporción entre alteraciones del sistema nervioso, la piel, y el oído con 5.26%.
- Al finalizar la investigación se pudo establecer que la comunidad con mayor número de personas con discapacidad es Quinde la Libertad con un 52.63% además de esta población el 60% tienen discapacidad física; y 40% personas con deficiencias auditivas.
- Los resultados que abordo esta investigación fueron llevados a un sistema integrado de la Carrera de Terapia Física Medica para ser controlados y supervisados para verificar su autenticidad.
- Las características sociodemográficas establecidas en esta investigación que se llevó a cabo en el sector rural de Selva Alegre donde sus habitantes que tiene mayor incidencia de discapacidad se encuentran en Quinde la libertad con un 52.16% de la población en cuanto a su etnia el mayor porcentaje con un valor de 89.47% se encontró en la personas que se consideran Mestizos; predominando el sexo Masculino con su equivalente del 63.16% y por último el índice de escolaridad, fue muy bajo, se encontró que nadie posee un estudio de tercer nivel, la mayoría sin embargo al menos tiene una educación básica (primaria 42.11% y secundario 10.53%). El 15.79%% no sabe leer ni escribir.

4.7 Recomendaciones

- ✓ Después de haber culminado con esta primera etapa de macro proyecto es necesario seguir socializando sobre la importancia de la realización de este estudio ya que constituye un gran aporte sobre lo que compete investigación para la Universidad y la carrera y más que todo el mérito que se lleva uno al realizar estas actividades.
- ✓ Se dé la respectiva importancia a los resultados obtenidos durante el estudio realizado ya que se obtuvo mucha información, la cual debe ser analizada cuidadosamente para poder brindar la ayuda necesaria y más que todo una ayuda oportuna junto con un tratamiento adecuada.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- **ASTIGMATISMOS.**- es una anomalía de la refracción que aparece cuando el ojo presenta potencias meridionales diferentes en alguna de sus superficies refractantes.
- **AUTISMO.**- Síndrome que se presenta desde el nacimiento, o se inicia durante los 30 primeros meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales, y hay dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Existe deterioro del uso social del lenguaje de los gestos.
- **DEFICIENCIA.**- toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.
- **DEMENCIA.**- es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada.
- **DISCAPACIDAD.**- toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana
- **DISCRIMINACION.**- toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la posición económica, o cualquier otra condición social, y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en

condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas.

- **DROGAS SINTETICAS.-** aquellas drogas que se fabrican a través de procesos químicos y que, a diferencia de la cocaína o la marihuana, no se obtienen de un vegetal sino a partir de cambios moleculares realizados en laboratorios para lograr resultados psicoactivos.
- **ESQUIZOFRENIA.-** se caracteriza por la ausencia completa de orden psíquico, sin posibilidad de estabilización e incapacidad de lazo social.
- **FIBROSIS PULMONAR.-** es la vía final y común de muchos y muy diversos procesos patológicos del pulmón, en un determinado sentido; y en otro es una entidad autónoma, difusa, activa, lenta, progresiva, siendo escasa y hasta excepcional su frecuencia.
- **HIPERMETROPIA.-** es el estado refractivo ocular en el que, con la acomodación relajada, la imagen de un objeto lejano se forma por detrás de la retina.
- **HIPOACUSIA-** pérdida de la audición, la cual se produce cuando hay una interrupción en el proceso fisiológico de la audición.
- **INCIPIENTE.-** término que solemos utilizar en el lenguaje corriente cuando se quiere referir que algo está recién empezando, es decir, todavía es nuevo y hasta puede suceder que se encuentre en un tiempo de experimentación si es que acaba de aparecer o suceder.
- **MAL DE POTT.-** es una enfermedad de la columna vertebral, caracterizada anatómicamente por diversas alteraciones de las vértebras y de los haces fibrosos que las unen, y sintomáticamente por la incurvación consecutiva de la columna vertebral y la formación de abscesos por congestión.
- **MINUSVALIA.-** es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o

impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales

- **OSTEOMIELITIS.**- infección ósea que afecta la cortical, la médula o ambas estructuras.
- **PARALISIS CEREBRAL.**- describe a un grupo de alteraciones del desarrollo del movimiento y de la postura, causadas por alteraciones no progresivas del cerebro durante el desarrollo fetal o en la infancia, que provocan una limitación de la actividad. Se acompañan con frecuencia de alteraciones sensitivas, cognitivas de la comunicación, de la percepción y/o del comportamiento y/o de crisis convulsivas.
- **SHOCK HIPOVULEMICO.**- en sentido estricto (deshidratación) posterior a una reducción crítica del volumen de plasma circulante pero sin hemorragia aguda como consecuencia de la pérdida externa de o interna de líquido o por aporte inadecuado de líquido.
- **SINDROME DE DOWN.**- es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21, en vez de los dos habituales, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.
- **SINDROME X FRAGIL.**- es el síndrome genético causante de la deficiencia mental hereditaria más frecuente y que afecta principalmente a varones, quienes manifiestan un fenotipo característico.
- **TRASFONDO.**- Aquello que está o parece estar más allá del fondo visible de una cosa o detrás de la apariencia o intención de una acción humana.

ANEXOS

Anexo 1. GUÍA DE OBSERVACIÓN



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA FISICA MÉDICA
GUÍA DE OBSERVACIÓN



TEMA: DISCAPACIDAD

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

Qué tipo de discapacidad presenta	<ul style="list-style-type: none">• auditiva• visual	<ul style="list-style-type: none">• física• intelectual
En qué condiciones se encuentra la persona en relación a su discapacidad	<ul style="list-style-type: none">• bien• no muy bien	<ul style="list-style-type: none">• mal• muy mal
La vivienda tiene adaptaciones debido a la discapacidad	<ul style="list-style-type: none">• si	<ul style="list-style-type: none">• no
Existen centros de salud cercanos	<ul style="list-style-type: none">• si	<ul style="list-style-type: none">• no
Con qué frecuencia visita al médico		

COMUNIDAD:

CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE DISCAPACIDAD

20. Recibe algún servicio del Gobierno Si No
21. Es beneficiario de programas de:
- | | | | | | |
|---------------------------|----|----|---------------------------|----|----|
| Bono de desarrollo humano | Si | No | Misión Manuela Espejo | Si | No |
| Bono Joaquín Gallegos | Si | No | Vivienda por discapacidad | Si | No |
22. ¿De equipamiento de vivienda? si es beneficiario de Vivienda por discapacidad
- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | No es beneficiario de vivienda por discapacidad |
|----|----|---|
23. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:
1. El sistema nervioso Si No
 2. Los ojos Si No
 3. Los oídos Si No
 4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) Si No
 5. La voz y el habla Si No
 6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas Si No
 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas Si No
 8. El sistema genital y reproductivo Si No
 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas Si No
 10. La piel Si No
 11. Otra enfermedad Si No
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 | Si | No |
| Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas | SI | No |
| Oír, aun con aparatos especiales | Si | No |
| Distinguir sabores u olores | Si | No |
| Hablar y comunicarse | Si | No |
| Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón | SI | No |
| Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos | Si | No |
| Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos | Si | No |
| Caminar, correr, saltar | Si | No |
| Mantener piel, uñas y cabellos sanos | Si | No |
| Relacionarse con las demás personas y el entorno | Si | No |
| Llevar, mover, utilizar objetos con las manos | Si | No |
| Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo | Si | No |
| Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo | Si | No |
| Otra | Si | No |
27. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?
- | | | | |
|-------------------------|---------------------------|----|----|
| Familiares | Si | No | |
| Amigos, compañeros | Vivienda por discapacidad | Si | No |
| Vecinos | Vivienda por discapacidad | Si | No |
| Funcionarios, empleados | Vivienda por discapacidad | Si | No |
| Otras personas | Vivienda por discapacidad | Si | No |

28. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?

- Dormitorio Si No
- Sala - comedor Si No
- Baño - sanitario Si No
- Escaleras Si No
- Pasillos - patios Si No
- Andenes, aceras Si No
- Calles, vías Si No
- Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias Si No
- Paraderos, terminales de transporte Si No
- Vehículos de transporte público Si No
- Centros educativos Si No
- Lugares de trabajo Si No
- Centros de salud, hospitales Si No
- Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado Si No
- Instituciones públicas Si No
- Otros Si No

29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre? Si No

30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos? Si No

31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?

- Medios escritos Si No Radio Si No Televisión Si No
- Teléfono Si No Internet Si No Ninguno Si No

32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad? Si No

33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

- Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
- Complicaciones en el parto
- Enfermedad general
- Alteración genética, hereditaria
- Lesión auto infligida
- Enfermedad profesional
- Consumo de psicoactivos
- Desastre natural
- Accidente
- Víctima de violencia
- Conflicto armado
- Dificultades en la prestación de servicios de salud
- Enfermedades catastróficas; raras o huérfanas; menores de 14 años con VIH
- Otras
- No sabe

34. Enfermedad profesional por:

- Medio ambiente físico del lugar de trabajo
- Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
- Contaminantes (químicos, biológicos)
- Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
- Organización del trabajo (psicolaborales)
- Otra causa

50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
Si No
51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
Si No
52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes? SN
53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona? Si No
54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?
Algún miembro del hogar Persona externa no empleada
Persona externa empleada para ayudarlo Otra
No necesita ayuda permanente de otra persona
55. ¿Se está recuperando de su discapacidad? Si No
56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?
A los servicios de salud y rehabilitación recibidos Al apoyo de la familia
A su empeño por salir adelante A la ayuda de Dios
A la acción de la medicina alternativa Otro No se está recuperando
57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?
Medicina física y de rehabilitación Psiquiatría Si No Fisioterapia
Si No Fonoaudiología Si No Terapia ocupacional Si No Optometría
Si No Psicología Si No Trabajo social Si No Medicamentos permanentes Si No
Otro tipo de rehabilitación Si No
58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación? Si No
59. ¿Quién paga la rehabilitación?
Ministerio de Salud Seguro Familia Personalmente ONG
Empleador Otro No asiste a rehabilitación
60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:
Público Privado No sabe No asiste a rehabilitación
61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?
Ya terminó la rehabilitación Cree que ya no lo necesita No le gusta
Falta de dinero El centro de atención queda muy lejos No hay quien lo lleve
No sabe Otras Si asiste a rehabilitación
62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación? Si No
64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay? en el lugar donde se hizo tratar
65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? en horas a la semana
- EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más**
66. ¿Sabe leer y escribir? Si No

67. El establecimiento en donde estudia, es:
 Público Privado No asiste actualmente a algún establecimiento educativo
68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo: Pedagógicos Si No Tecnológicos Si No
 Terapéuticos Si No
69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
 Si No No asiste actualmente a algún establecimiento educativo
70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?
 Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
 Costos educativos elevados o falta de dinero
 Por falta de tiempo
 No aprobó el examen de ingreso
 Falta de cupos
 No existe centro educativo cercano
 Necesita trabajar
 No le gusta o no le interesa el estudio
 Perdió el año o fue expulsado
 Su familia no quiere que estudie
 Por su discapacidad
 Otra razón
 Si asiste actualmente a algún establecimiento educativo
71. ¿Usted aprobó?
 Preescolar Si No Básica Si No Bachillerato Si No
 Superior Si No Postgrado Si No
72. ¿Hace cuántos años? Dejo de estudiar
73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades? Si No No estudio
74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría? Si No

**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS:
 para personas de 10 años y más**

75. Participa en actividades:
 Con la familia y amigos Si No Con la comunidad Si No Religiosas o espirituales Si No
 Productivas Si No Deportivas o de recreación Si No Culturales Si No
 Educación no formal Si No Ciudadanas Si No Otras Si No
76. ¿Actualmente participa en alguna organización? Si NO
77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:
 Falta de dinero
 Falta de tiempo
 No existe o no la conoce
 Siente rechazo u obstaculización
 Por su discapacidad
 No cree en ellas
 Sus principios o creencias se lo impiden

Prefiere resolver sus problemas, solo

Otra

Si participa en una organización

78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? Si No

TRABAJO

79. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:

Trabajando Buscando trabajo Estudiando Realizando oficios del hogar

Recibiendo renta Pensionado – jubilado

Realizando actividades de autoconsumo Otra actividad

80. Usted tiene contrato de trabajo:

A término fijo A término indefinido Sin contrato No está trabajando

81. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:

Industria Comercio Agrícola Pecuaria Servicios Otra actividad
No está

82. En el trabajo se desempeña como:

Obrero - empleado del gobierno Obrero - empleado particular

Jornalero o peón Patrón o empleador

Trabajador por cuenta propia Empleado(a) doméstico(a)

Trabajador familiar sin remuneración No está trabajando

83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?

PadreS Hermanos Familiares Hijos Él mismo Cónyuge
Otros

84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad? Si No No trabaja

85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

0-100 us 100-350usd 350-700 700 o más No tiene ingreso mensual

86. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

Si No No trabaja

87. ¿Dónde recibió la capacitación?

SECAP Una institución pública Una institución privada No recibió capacitación

88. Necesita capacitación para:

Mejorar su actividad productiva Cambiar de actividad productiva

No necesita capacitación

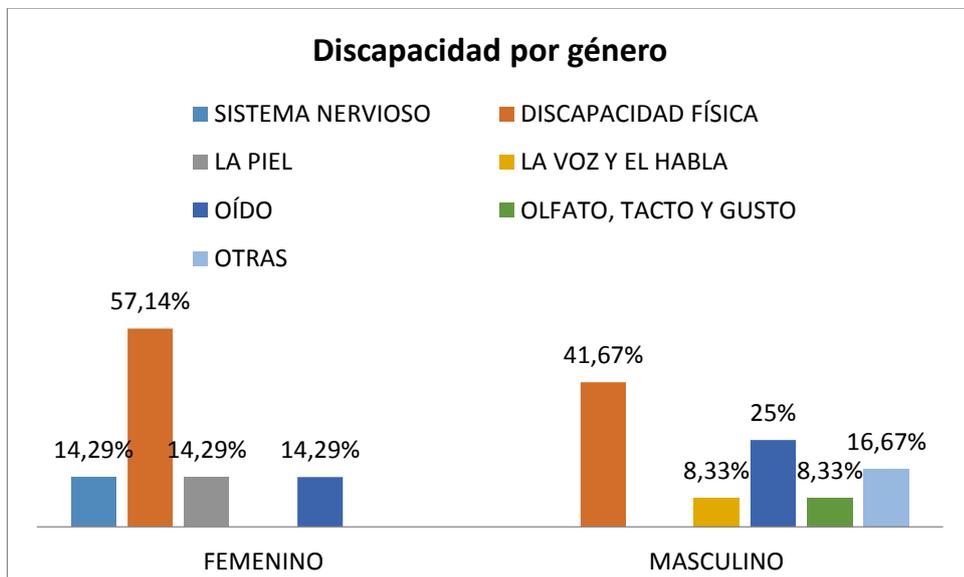
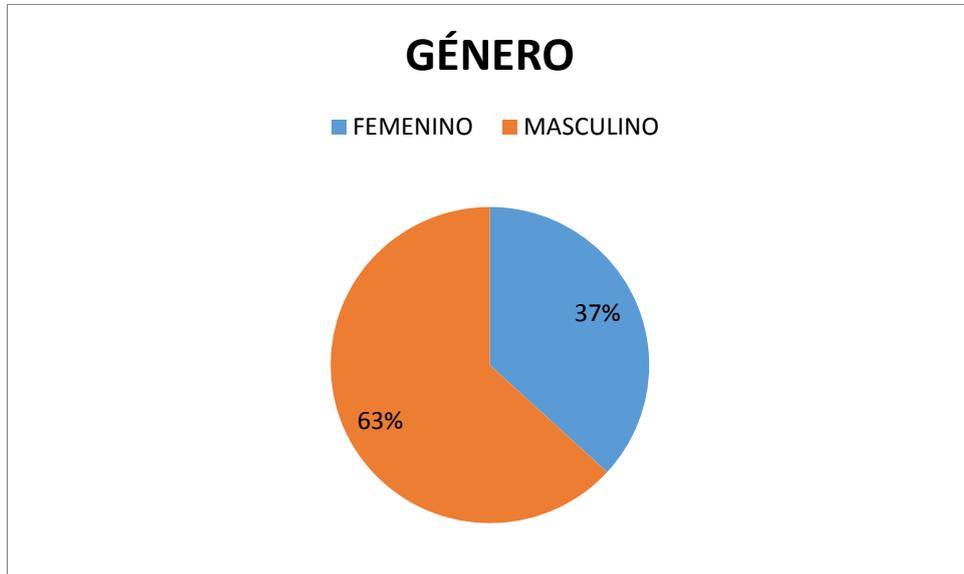
DATOS DEL ENCUESTADOR

89. Nombre del encuestador

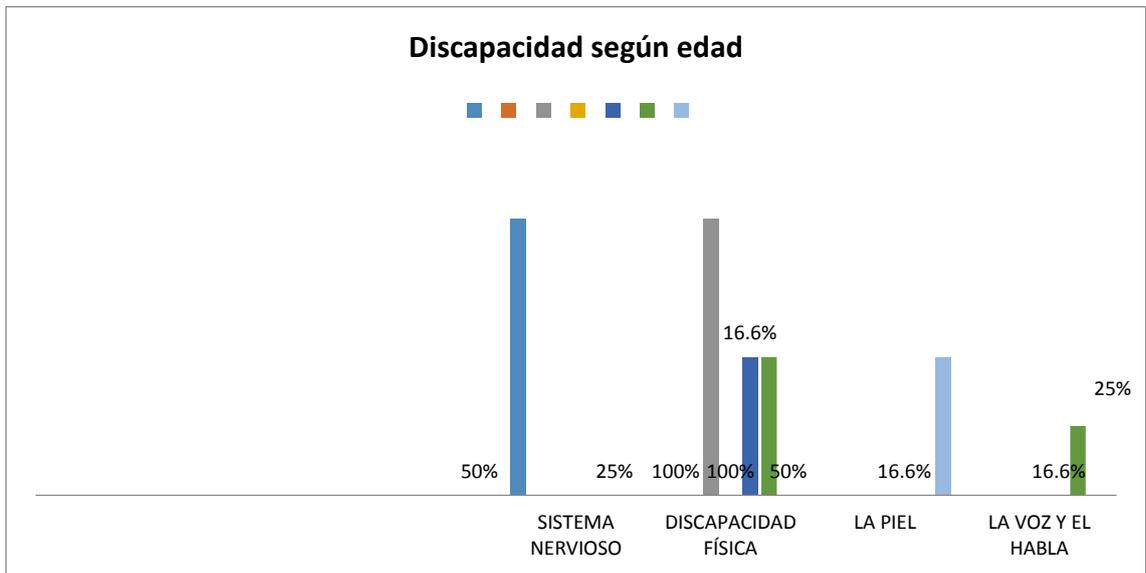
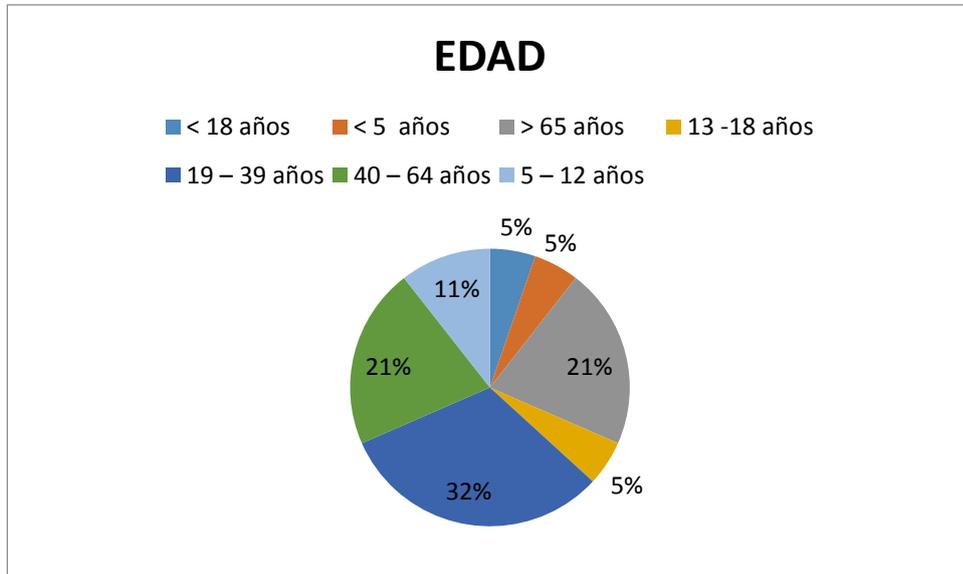
90. Fecha que se realiza la encuesta

91. Sector EUGENIO ESPEJO 1

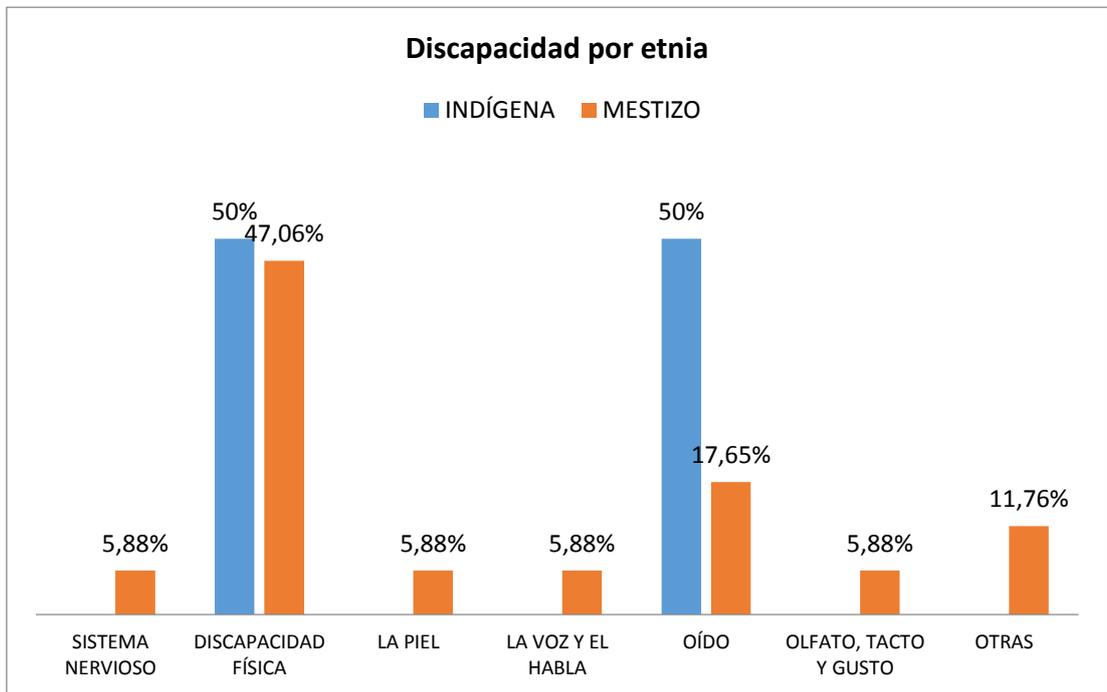
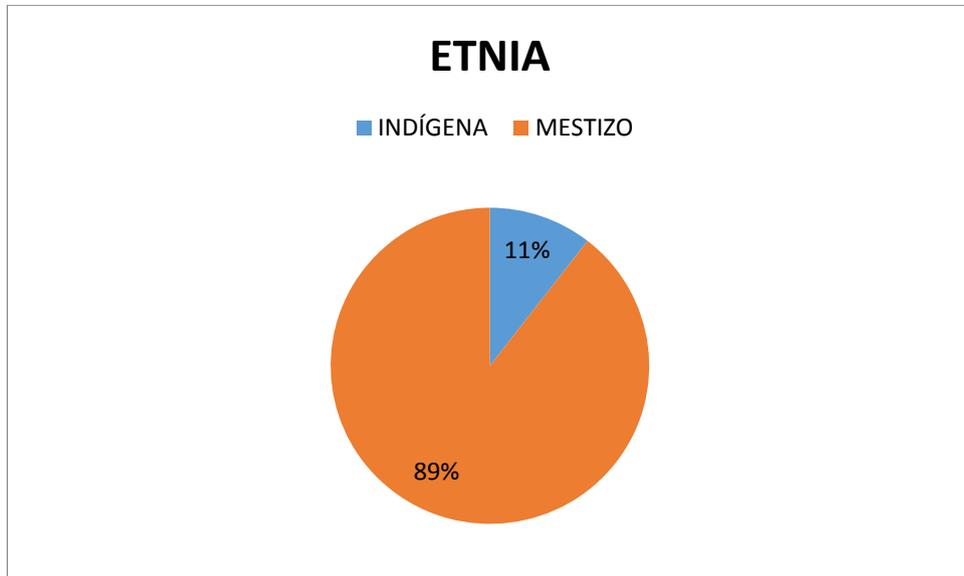
Anexo 3. Gráfico 1. Discapacidad según género



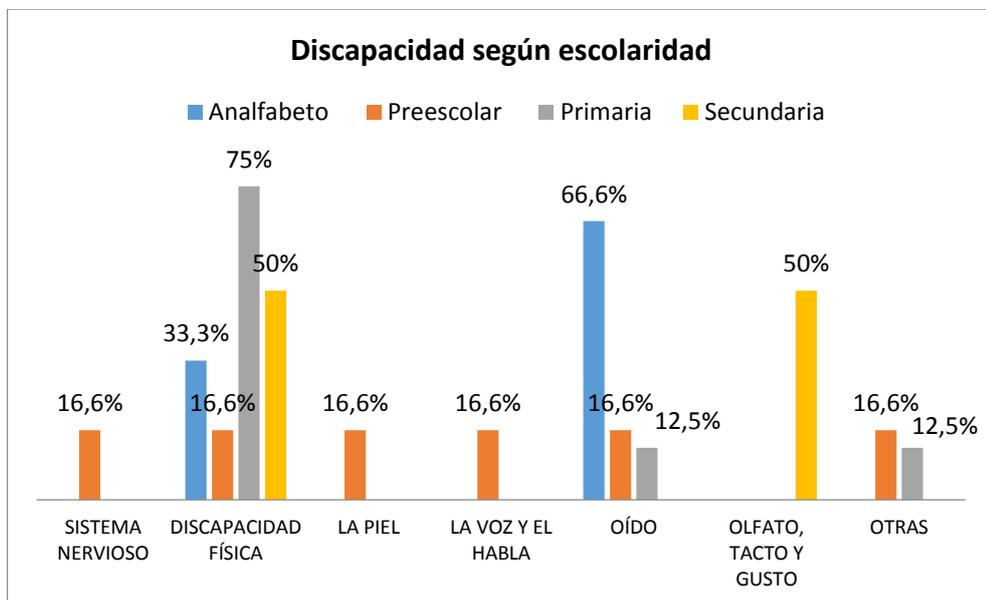
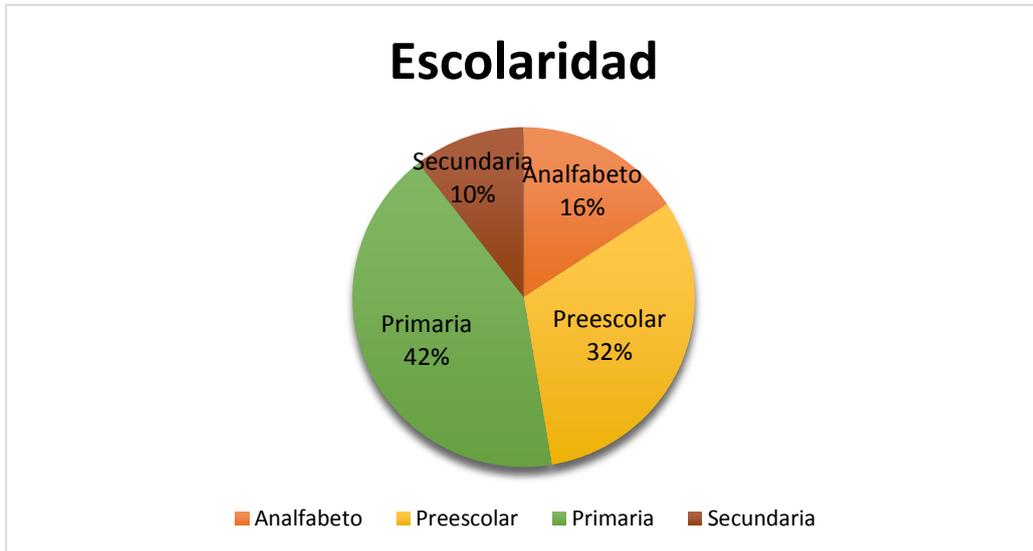
Anexo 4 Gráfico 2. Discapacidad según edad.



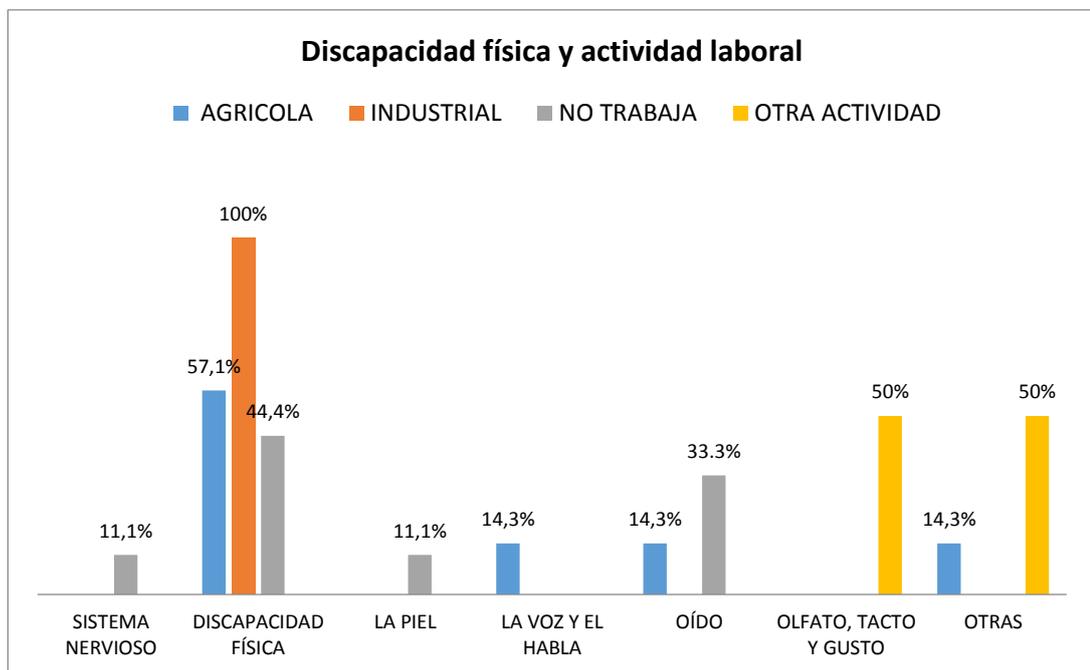
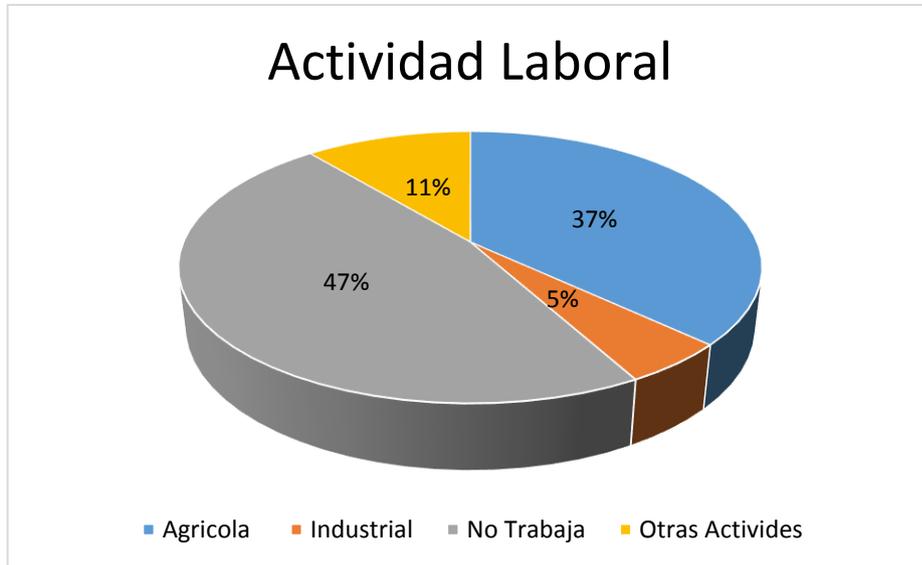
Anexo 5 Gráfico 3. Discapacidad según etnia.



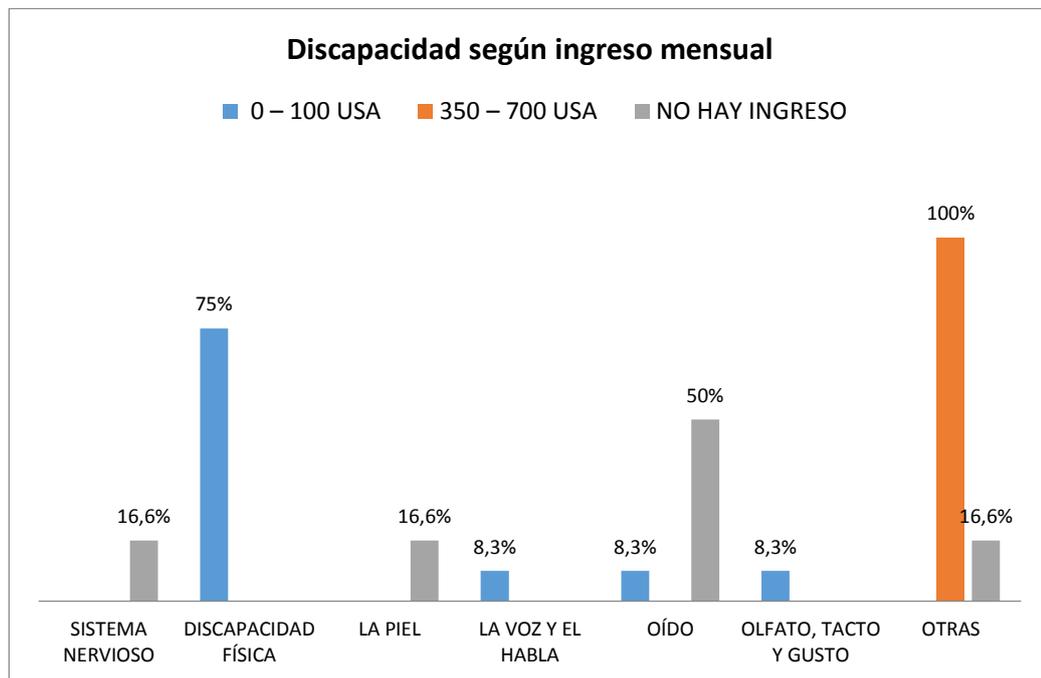
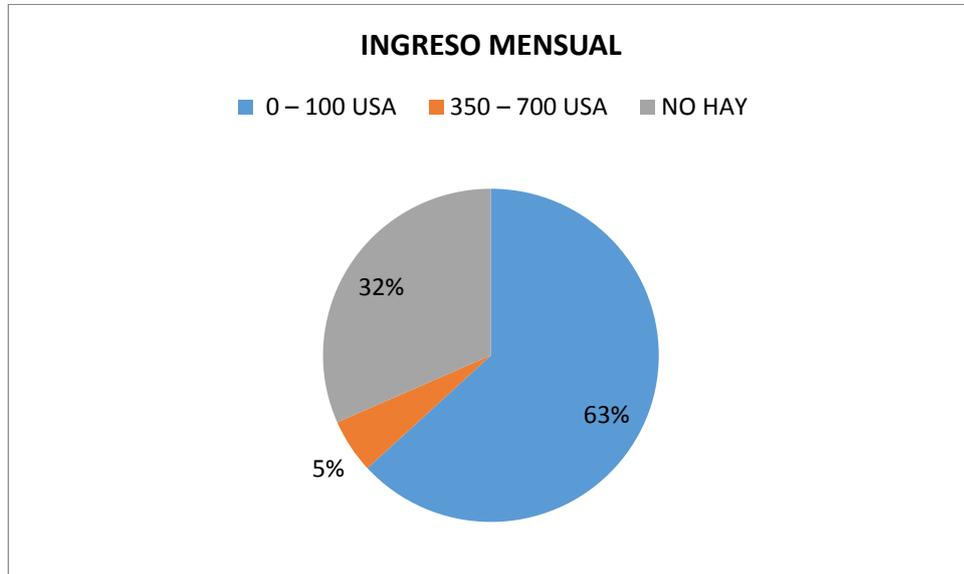
Anexo 6 Gráfico 4. Discapacidad según escolaridad



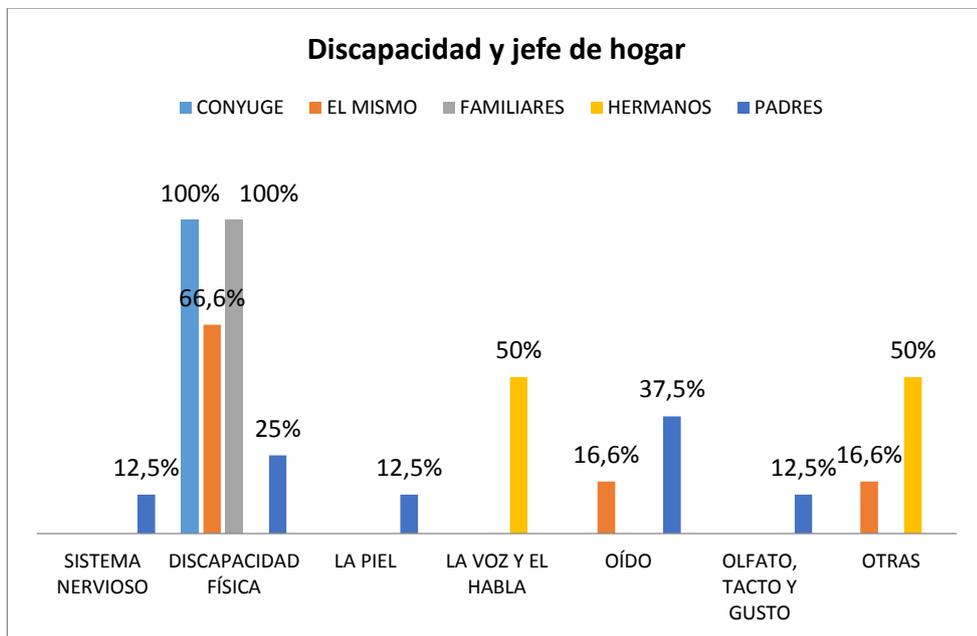
Anexo 7 Gráfico 5. Discapacidad física y actividad laboral



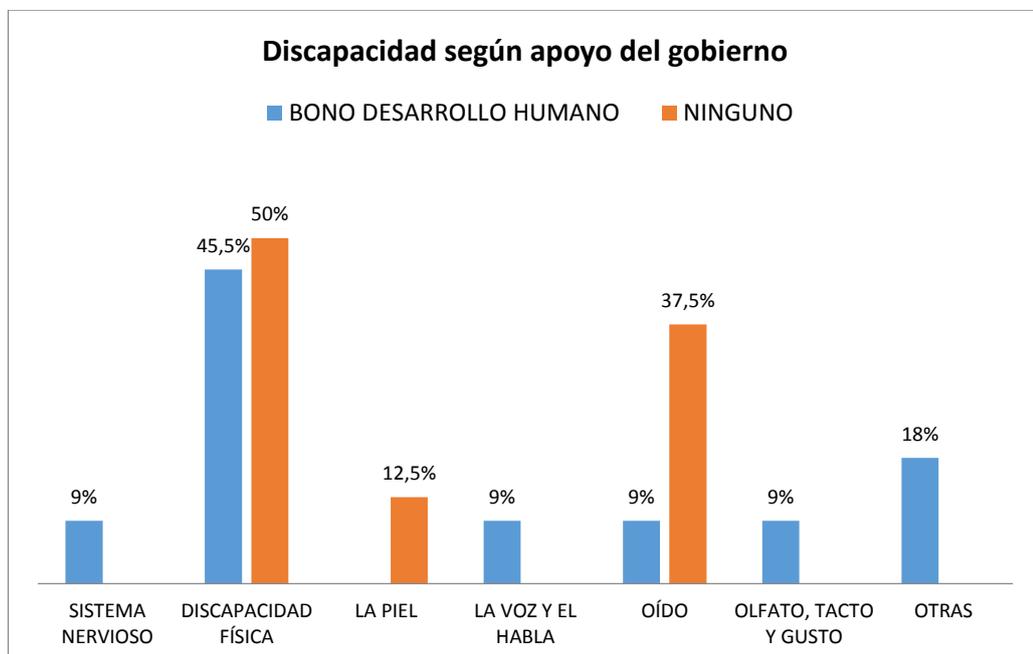
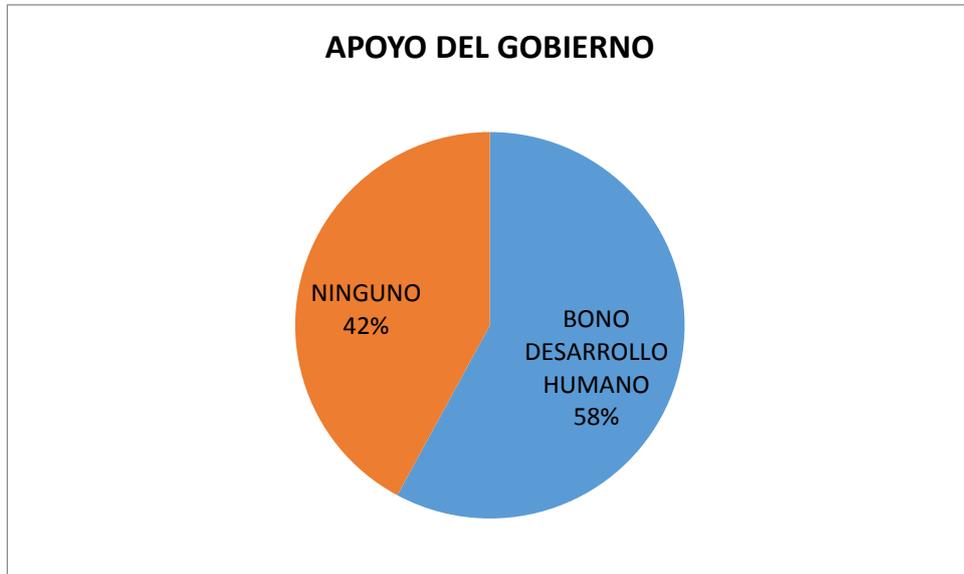
Anexo 8 Gráfico 6. Discapacidad según ingreso mensual



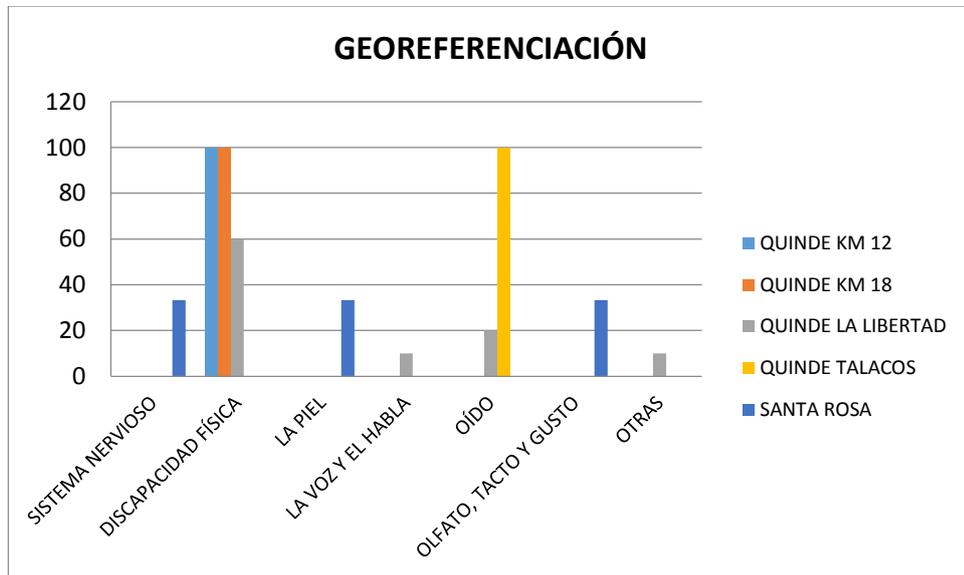
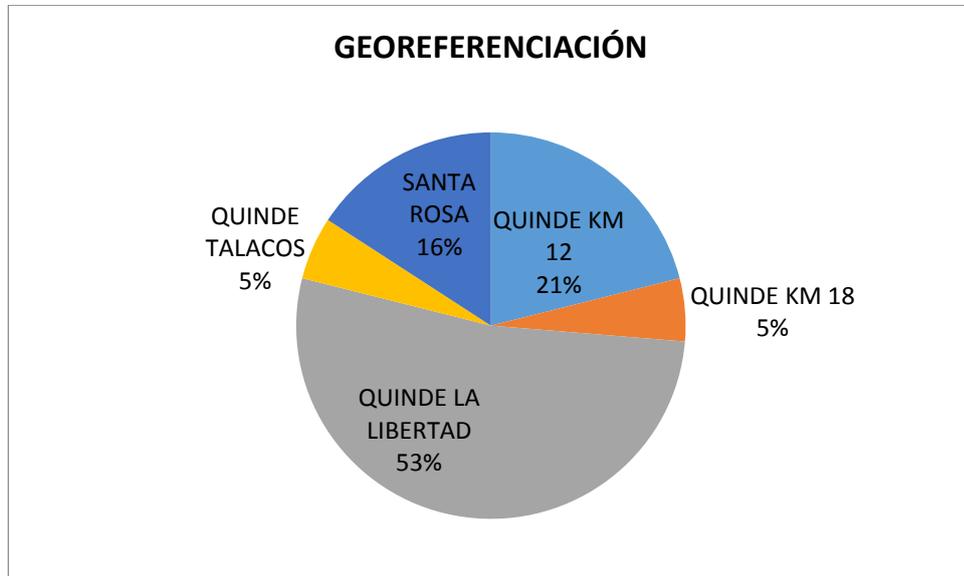
Anexo 9 Gráfico 7. Discapacidad y jefe de hogar



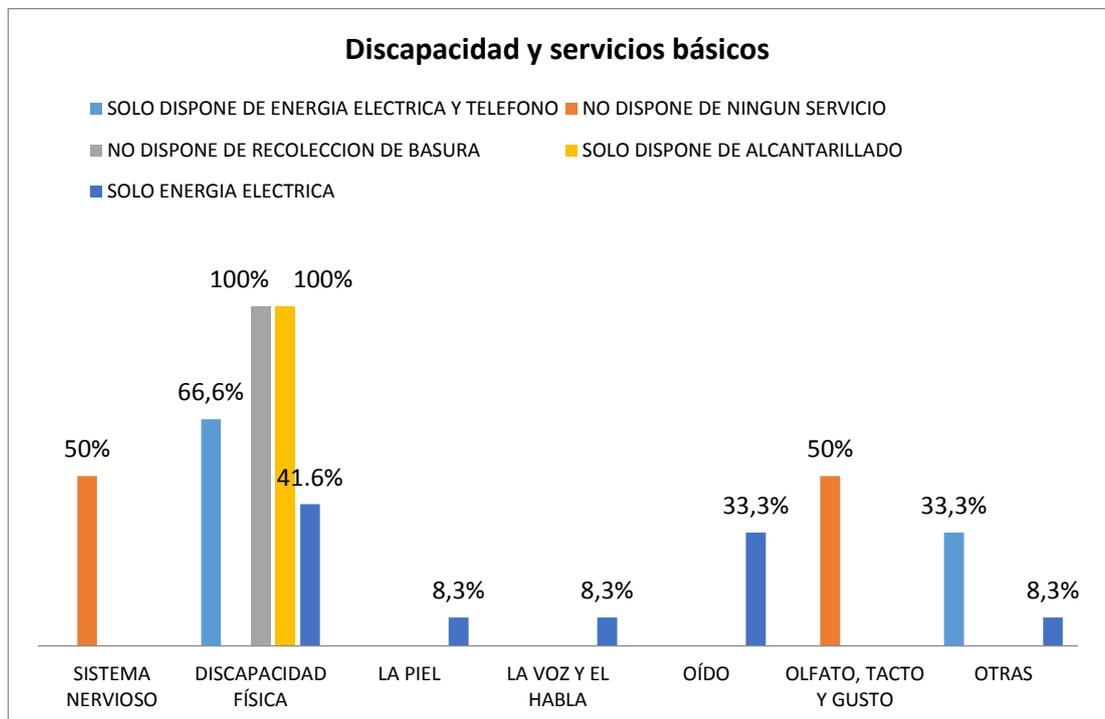
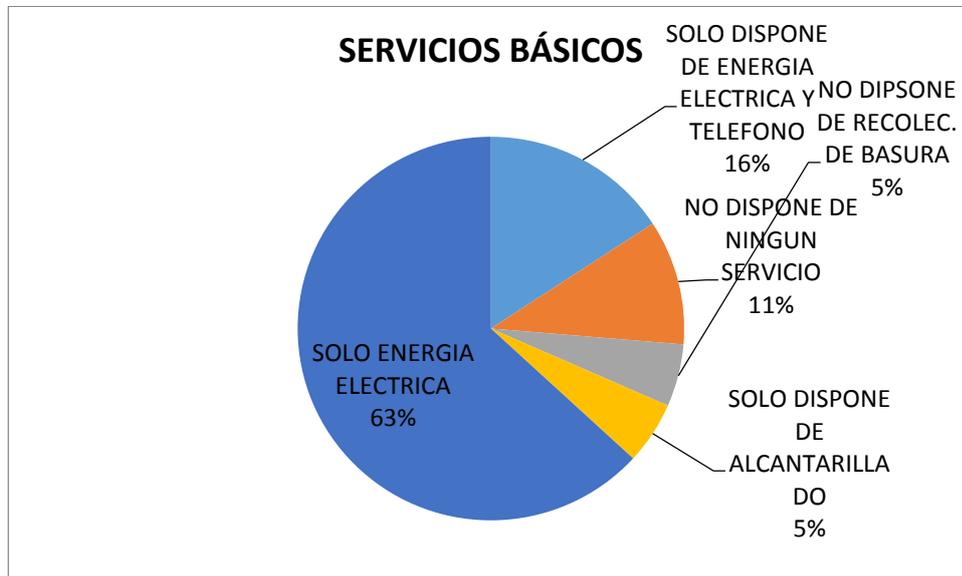
Anexo 10 Gráfico 8. Discapacidad según apoyo del gobierno



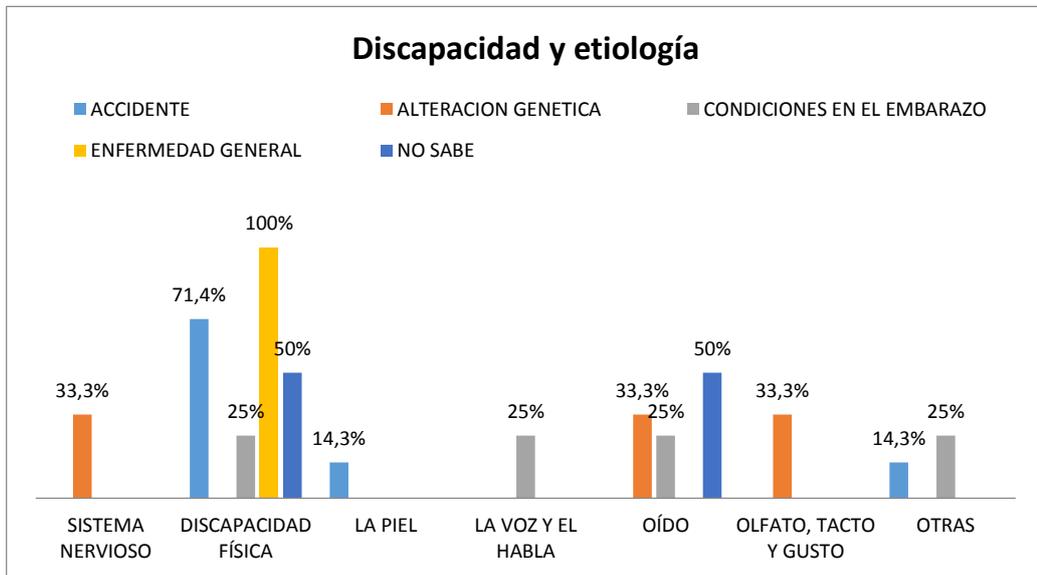
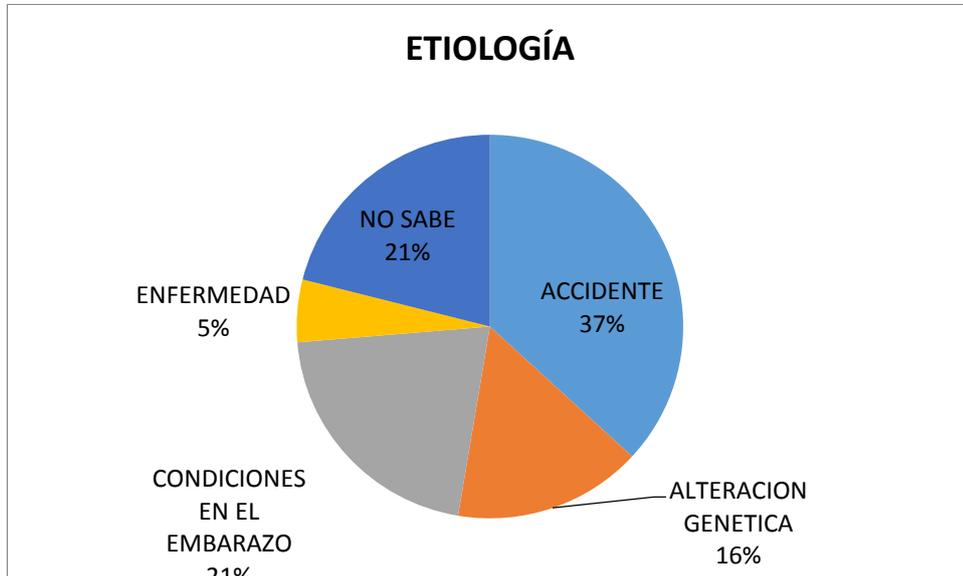
Anexo 11 Gráfico 9. Georreferenciación de la discapacidad



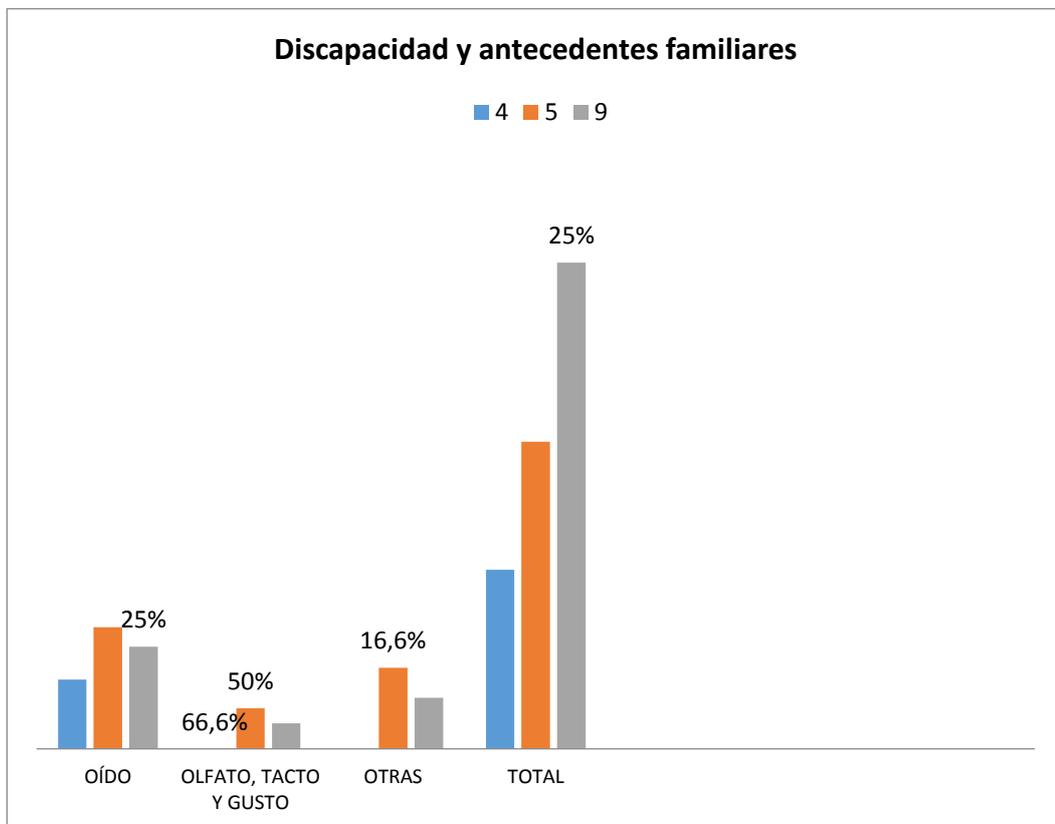
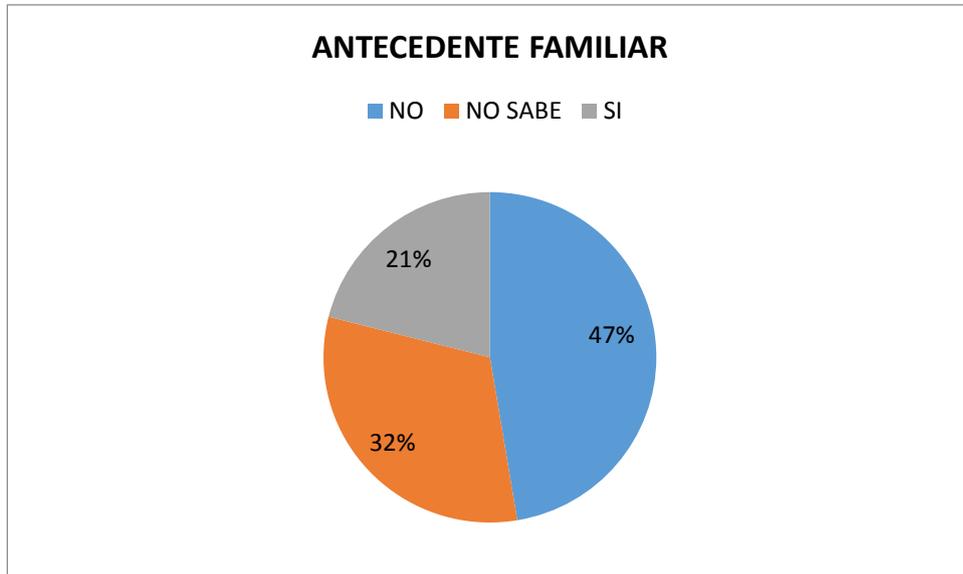
Anexo 12 Gráfico 10. Discapacidad y servicios básicos



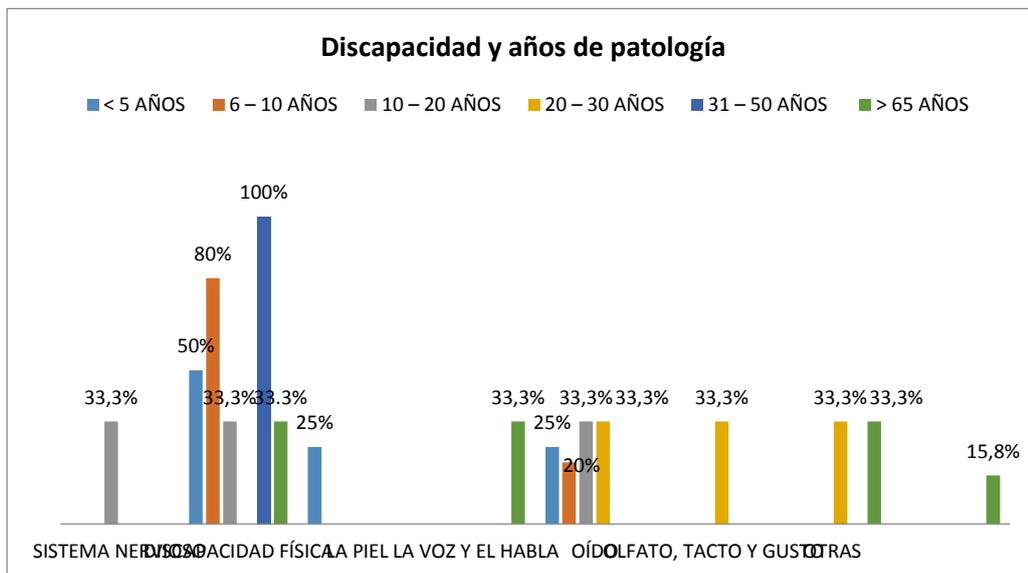
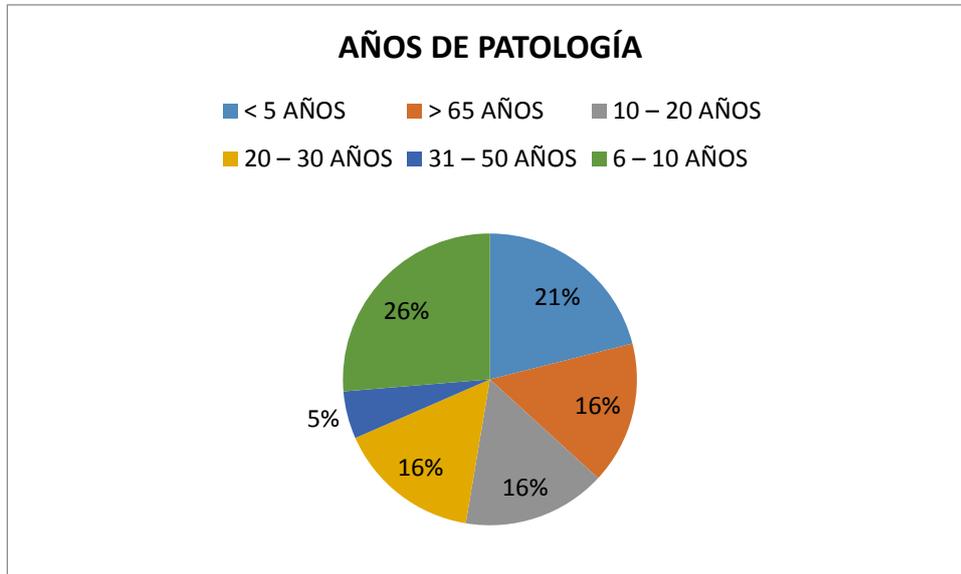
Anexo 13 Gráfico 11. Discapacidad y etiología



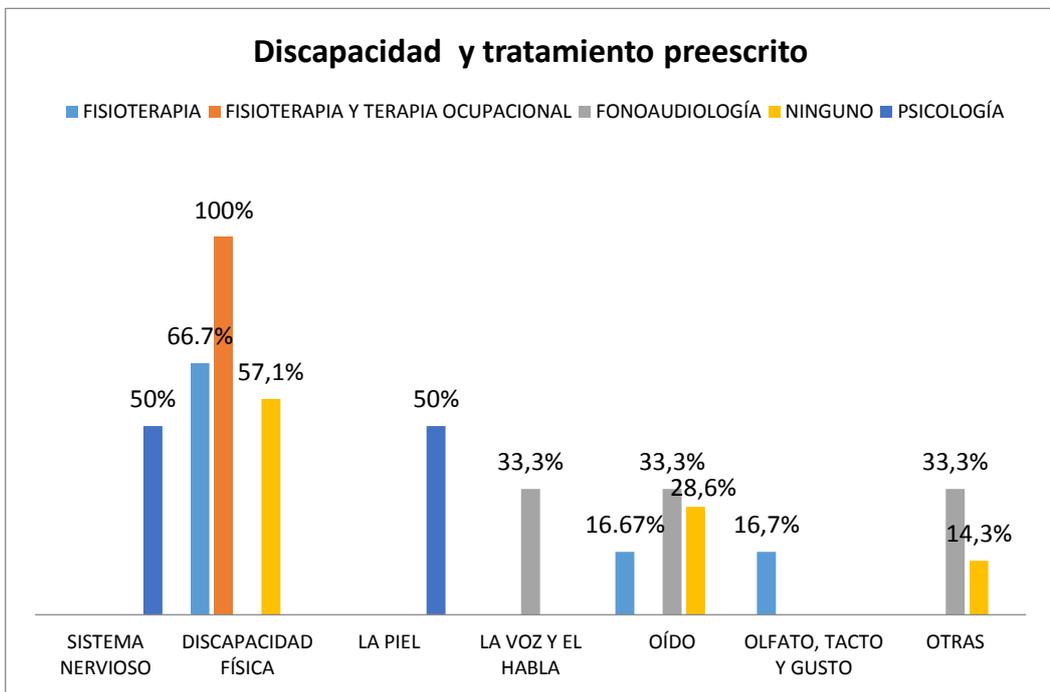
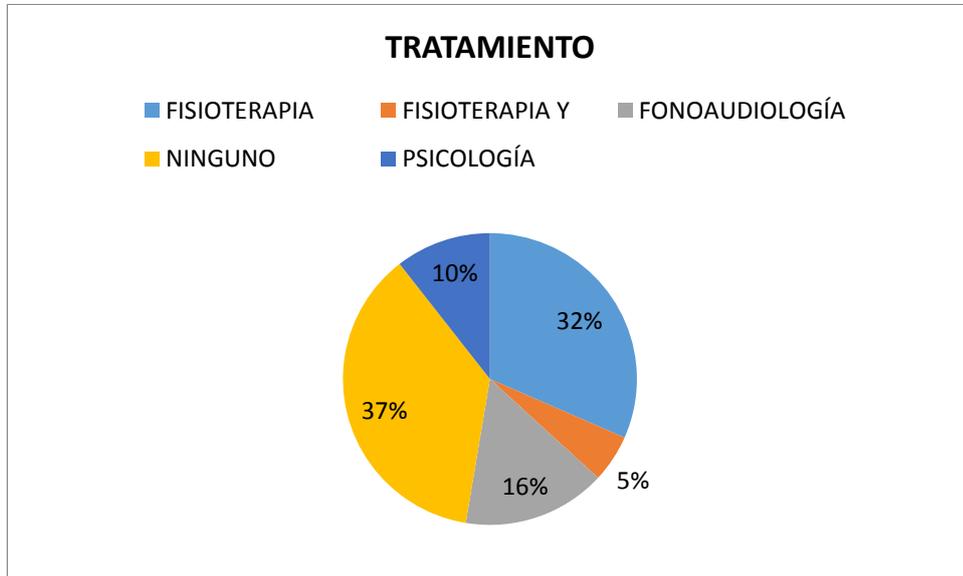
Anexo 14 Gráfico 12. Discapacidad y antecedente familiar



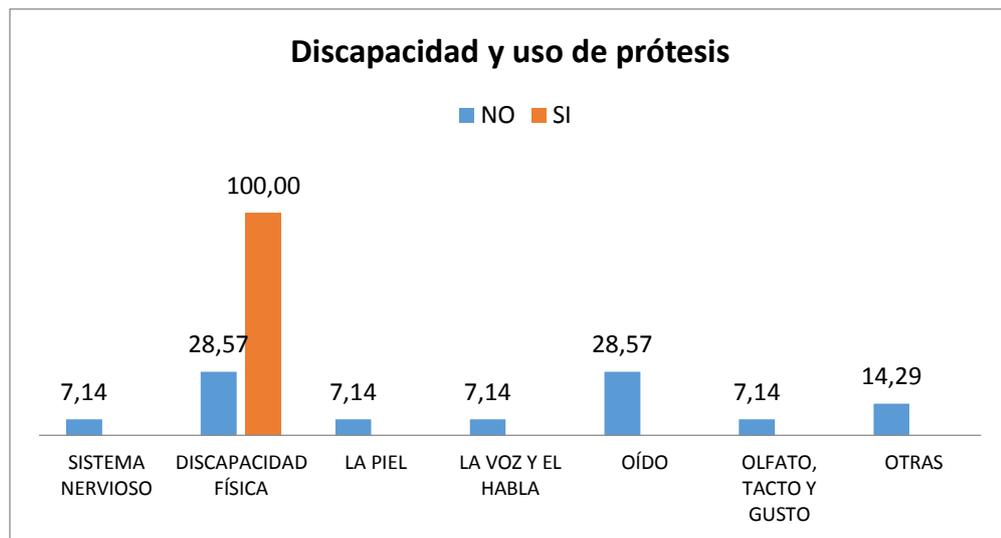
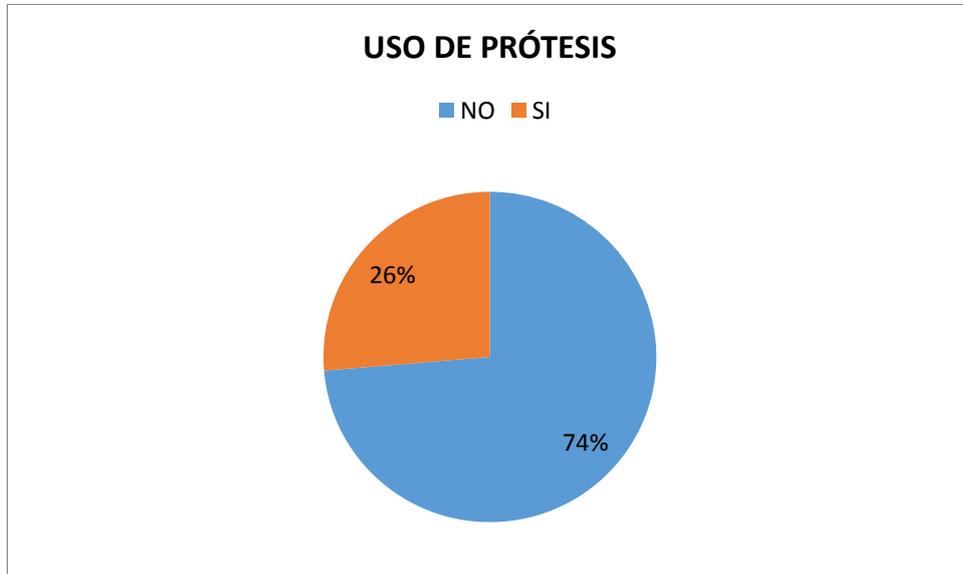
Anexo 15 Gráfico 13. Discapacidad y años de patología



Anexo 16 Gráfico 14. Discapacidad y tratamiento prescrito



Anexo 17 Gráfico 15. Discapacidad y uso de prótesis



CONOCIENDO LAS COMUNIDADES

ANEXO 18	ANEXO 19
	
JUNTA PARROQUIAL DE SELVA ALEGRE	JUNTO AL PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL

ANEXO 20	ANEXO 21
	
QUINDE KM 12	QUINDE KM 12

REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO GEOREFERENCIADO

ANEXO 22	ANEXO 23
	
COMUNIDAD QUINDE KM 18	COMUNIDAD QUINDE KM 18

GRUPO DE APOYO

ANEXO 24



ANEXO 25



REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO GEOREFERENCIADO

ANEXO 26	ANEXO 27
	
QUINDE LA LIBERTAD	QUINDE LA LIBERTAD

ANEXO 28	ANEXO 29
	
COMUNIDAD AZABÍ DE TALACOS	COMUNIDAD AZABÍ DE TALACOS

ANEXO 30



ANEXO 31



ANEXO 32



ANEXO 33



BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜÍSTICA

Conceptos Basicos de la Metodologia de la Investigacion . (2010). Obtenido de Tipos de Investigacion y Diseños de Investigacion : <http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>

Metodologia de la Investigacion. (2010). Obtenido de Capitulo 7 Diseño No Experimentales de Investigacion: <http://www.prometeo.unicauca.edu.co/manzamb/Metodolog%C3%ADa%20de%20a%20Investigaci%C3%B3n/Archivos/Libro/Documentos%20pdf/CAPITULO%207.pdf>

Metodologia de la Investigacion . (14 de Julio de 2010). Obtenido de Poblacion y Muestra: <http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/poblacion-y-muestra.html>

Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalia. (2012). Obtenido de <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf>

Adams, H. A. (2008). *Medicina de Urgencia* . Ed. Medica Panamericana.

Alexa Marañón . (17 de Mayo de 2012). *Slideshare*. Obtenido de Orientacion Especial: <http://es.slideshare.net/Alexamaranonxd/orientacin-espacial-12970756>

Altamar, P. (06 de 11 de 2013). *DISEÑO DEL PILOTO MÁS FAMILIAS EN ACCIÓN Y DISCAPACIDAD*. Recuperado el 17 de 08 de 2014, de http://www.dps.gov.co/documentos/8801_DOT5_Piloto_discapacidad.pdf

Alvaro Tineo. (2014). *Articulo*. Obtenido de Inteligencia Emocional: <http://www.alvarotineo.com/articulos/inteligencia-emocional>

Asamblea Nacional Republica del Ecuador . (25 de 09 de 2012). *Concejo de Discapacidades* . Obtenido de Ley Organica de Discapacidades : http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

- Asociación de Municipalidades Ecuatorianas. (2012). *Asistimos Técnicamente a los 221 GAD Municipalidades del País*. Imbabura : Powered by Joomla.
- Bisquerra, R. (1989). *Metología de Investigación Educativa: Guía Práctica*. Barcelona: CEAC.
- Cáceres, C. (2004). Revisión Teoría Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología*, 74-75.
- Campos, A. B. (2009). *Vivir la Discapacidad*. Cultva Libros.
- Carnet CONADIS Ecuador. (17 de Enero de 2012). *Calificación de Discapacidad*. Obtenido de <http://www.discapacidadonline.com/carne-discapacidad-conadis-ecuador.html>
- Cazar, R. (S/F). *BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE LAS DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR*. Recuperado el 20 de 11 de 2014, de http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm
- Centro Can Rossello. Clínica Privada Especializada en Adicciones y Desintoxicaciones . (2012). *Drogas Sintéticas* . Obtenido de <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/que-son-las-drogas-sinteticas/>
- Conadis Ecuador. (2008). *Consejo Nacional de Discapacidad*. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=16025>
- CONADIS Ecuador. (2009). *Estructura de la clasificación de tipo de discapacidad*. <http://www.discapacidadonline.com/carne-discapacidad-conadis-ecuador.html>.
- Concejería de empleo, mujer y inmigración. Comunidad de Madrid . (s.f.). *GUÍA PARA CONSEGUIR UNA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES*. Obtenido de Concepto de Discapacidad : http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobkey=id&blobwhere=1310853507259&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs

Constantino Morera Pérez, J. M. (2006). *Lecciones de Otorrinolaringología Aplicada* . Editorial Glosa, S.L.

Diario El Universo. (22 de Enero de 2009). *Noticias*. Obtenido de Ecuador tiene 12,8% de discapacitados, según OEA: <http://www.eluniverso.com/2009/01/22/1/1361/2D2EE8BA0D38471EB181ECC5BAF6FDA8.html>

Diario El Universo. (23 de Diciembre de 2013). *Imbabura Brilla por la Atención a Discapacitados* . pág. A3.

Diario La Hora. (3 de Diciembre de 2013). *En Ecuador hay 361.487 personas con discapacidad, la mayoría en las provincias Guayas y Pichincha*. Obtenido de <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101601307/1/#.VFf0QxYmaJ0>

Diario La Hora. (03 de 12 de 2013). *En Ecuador hay 361.487 personas con discapacidad, la mayoría en las provincias Guayas y Pichincha*. Recuperado el 11 de 12 de 2014, de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101601307/-1/En_Ecuador_hay_361.487_personas_con_discapacidad,_la_mayor%C3%ADa_en_las_provincias_Guayas_y_Pichincha.html#.VIBb74Y3P6I

Discapacidad Ecuador . (20 de Febrero de 2012). *Discapacidad Ecuador Misión Joaquín Gallegos Lara*. Obtenido de Discapacidad : <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-joaquin-gallegos-lara.html>

Discapacidades Ecuador . (20 de Febrero de 2012). *Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo*. Obtenido de Discapacidad: <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-solidaria-manuela-espejo.html>

El Universo. (22 de Enero de 2009). *Noticias*. *Ecuador tiene 12,8% de discapacitados, según OEA*.

Escudo CIEFIM. (2014). *Investigación Descriptiva*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/ciefim/investigaci%C3%B3ndescriptiva>

- FERRER., J. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. Obtenido de SECCIÓN 02 DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.: <http://metodologia02.blogspot.com/p/metodos-de-la-investigacion.html>
- Fort, j. A. (2014). *Manual de patologia y de clinica quirurgica, Volumen 2*. Madrid: Universidad Complutence .
- Gònez, R. á. (2006). *Elementos para una Psicologia 2º ed*. Editorial Brujas .
- Gualapuro, S. J. (2010). *Movimiento de Unidad Plurinacional Pachakutik Lista 18*. Obtenido de http://vototransparente.ec/apps/elecciones-2014/images/planes_trabajo/IMBABURA/ALCALDES%20MUNICIPALES/OTAVALO/LISTAS%2018/LISTAS%2018.pdf
- Guerrero, C. A. (2014). *SCRIBD*. Obtenido de Variable Independiente y Dependiente: <http://es.scribd.com/doc/35265543/Variable-Independiente-y-Dependiente>
- Instituto de Asistencia Social . (2010). *Titulo Superiores de integracios Social de la Discapacidad Foral de Bizkaia*. MAD-Eduforma .
- Israel Cruz Velandia, J. H. (2006). *Exclusion Social y discapacidad* . Universidad de Rosario .
- José A. del Barrio del Campo, A. C. (2007). *Capitulo IV Sindrome X Fragil* . Obtenido de http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo06.pdf
- Jose Lopez Chicharro, L. M. (2008). *Fisiologia clinica del Ejercicio* . Ed. Medica Panamericana .
- Krug, E. (19 de Septiembre de 2013). *El 15% de la población mundial sufre alguna discapacidad*. Recuperado el 10 de 10 de 2014, de http://www.rpp.com.pe/2013-09-19-el-15-de-la-poblacion-mundial-sufre-alguna-discapacidad-noticia_632392.html
- Lizarraga, L. S. (2004). *Políticas publicas y discapacidad en la unión europea*. Union Europea : INAP.
- Mantilla, S. (11 de Septiembre de 2012). *Discapacidades. El Comercio*.

- Miguel, L. B. (2012). *Higiene y atención sanitaria domiciliaria*. 1.º Edición Ideaspropias,Vigo.
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales . (2004). *Directrices y Principios para la Elaboración de Estadísticas de Discapacidad* . Estados Unidos: United Nations Publications.
- Noticias RPP Salud. (19 de Septiembre de 2013). *El 15% de la población mundial sufre alguna discapacidad*. Obtenido de http://www.rpp.com.pe/2013-09-19-el-15-de-la-poblacion-mundial-sufre-alguna-discapacidad-noticia_632392.html
- OMS. (Septiembre de 2013). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- OMS y el Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Recuperado el 18 de 09 de 2014, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Mundial de la Salud . (2010). *Demencia* . Obtenido de Centro de Prensa : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2014). *2.9.2 Aspectos Legales del Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) (PNBV), relacionados con discapacidad*.
- Real Academia Española . (s.f.). *TRasfondo*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=trasfondo>
- Real Academia Nacional de Medicina . (1974). *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* . Real Academia .
- RENa Red Nacional Escolar. (2008). *Metodología*. Obtenido de Tipos de Investigación : <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/metodologia/Tema4.html>
- Santander, B. (27 de Febrero de 2014). Datos Sociodemográficos de la Parroquia de Selva Alegre . (M. V. Lopez, Entrevistador)
- Técnicas de Estudio. (s.f.). *Técnicas de Estudio*. Obtenido de Atención y Concentración: <http://www.tecnicas-de-estudio.org/tecnicas/tecnicas10.htm>

UDLAP .mx. (2010). *Capítulo III Antecedentes Sobre la discapacidad*. Recuperado el 11 de 09 de 2014, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ledf/gomez_m_v/capitulo3.pdf

UIPC IMPERSO. (2000). Unidad 3 La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad Y la Salud. Introduccion. *CIF*, 16-26.

Unicersidades Politecnicas discapacidades y empleo . (2010). *El concepto de Minusvalia Segun la Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de • <http://www.upc.edu/ude/particulares/informacion/informacion-generica-sobre-discapacidad/el-concepto-de-minusvalia-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud>

Universidad Nacional Abierta y a Distancia . (2012). *UNAD*. Obtenido de Lección 6: Investigación Exploratoria, Descriptiva, Correlacional y Explicativa: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104_EXE/leccin_6_investigacin_exploratoria_descriptiva_correlacional_y_explicativa.html

UNNICEF Gobierno de Chile . (11 de 2008). No a la discriminacion por un trato igualitario .

Valentin Viqueira Perez, F. M. (2003). *Optica Fisiologica: Modelo Paraxial y compenzacion optica del ojo* . Universidad de alicante .

Vicente Ausina Ruiz, S. M. (2006). *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiologia clinica*. Ed. Medica Panamericana .

Vistazo Agencia EFE. (3 de Diciembre de 2010). *En Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad, dice el Gobierno*. Obtenido de <http://www.vistazo.com/webpages/pais/?id=13045>

Walter D. Furlan, J. G. (2011). *Fundamento de optometria 2a ed: Refraccion Ocular* . Valencia: Universidad de Valencia .

Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales, United Nations. (2004). *Directrices y Principios para la Elaboración de Estadísticas*

de Discapacidad. *Volumen 10 de Estadísticas sobre grupos especiales de población:*
Serie Y. United Nations Publications, 2004. Pág. 15