



**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**

TEMA:

**“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS
COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA,
PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN
OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014.”**

Autoras:

Caiza Juliana

Tipanluisa Verónica

Director de tesis:

Ph.D José Ramón Sanabria

Ibarra

Febrero 2015

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Yo, Ph. D José Ramón Sanabria Navarro, con cédula de identidad 1755954300, en calidad de director de tesis titulada: "DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA, PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014.". De autoría de las señoritas Juliana Jaqueline Caiza Yépez y Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente



C.I 175595430-0

PhD José Ramón Sanabria Navarro.

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA, PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014.

Juliana Jaqueline Caiza Yépez
Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas

RESUMEN

Esta investigación sobre diagnóstico georeferenciado de discapacidad en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo y Angla de la parroquia San Pablo del Lago, del cantón Otavalo, provincia de Imbabura en el período Enero – Junio 2014, de acuerdo a los objetivos planteados en nuestro trabajo, busca saber cuántas personas existen en estas comunidades con algún tipo de discapacidad, cual es la comunidad que mayor número de personas con discapacidad y conocer sus características sociodemográficas. La investigación tiene un amplio sustento teórico y se realizó directamente con las personas con discapacidad y sus familiares, para lo cual se aplicó la técnica de la encuesta y la observación, como instrumentos de recolección de datos debidamente elaborados. De los resultados obtenidos en la investigación se determinó un número exacto de personas con discapacidad, las condiciones de salud, sociales y económicas que afectan su calidad de vida; dándonos como resultado un total de 39 personas con discapacidad de las cuales el 33% corresponde a la discapacidad física, el 28% a la discapacidad auditiva, el 26% a la discapacidad del lenguaje y el 13% a discapacidad visual; siendo las comunidades de Angla y el Topo las que presentaron mayor población de discapacidad con un total de 16 personas. Además encontramos que un 97% de la población es indígena y que el sexo predominante es el femenino con un 54%. Llegando a la conclusión que el tema de discapacidad es de escaso conocimiento en nuestra población, sobre todo en el sector rural. Además la presente investigación cuenta con cuatro capítulos, los cuales se enfocan en el problema, marco teórico, metodología de la investigación, resultados y discusión, y finalmente conclusiones y recomendaciones.

ABSTRACT

GEO-REFERENCED DIAGNOSTIC OF THE DISABILITIES IN THE COMMUNITIES OF LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO AND ANGLA IN SAN PABLO LAKE, IN CANTON OTAVALO FROM JANUARY - JUNE 2014.

Juliana Jaqueline Caiza Yépez
Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas

This research is about a diagnosis of disability geo-referenced in the communities of Lomakunga, Ugsha, Topo and Angla in San Pablo lake, canton Otavalo, Imbabura province from January - June 2014, we want to identify the number of disabled people, their characteristics and way of life, in order to be able to provide clear information, and create actions to help this population by the respective authorities and with the help of the students, in order to get to these places because they are far from the city. This theme comes with the necessity to help the institutions to effectively identify the level of disability in the sector and in the province; and implement technological foundations of referencing as a mechanism to support for the process of territorial planning of the National Information System. From the results of the investigation an exact number of persons with disabilities is determined, health conditions, social and economic issues affecting their quality of life; giving as a result a total of 39 persons with disabilities of which 33% is physical disability, 28% of hearing impairment, 26% to language impairment and 13% with visual disabilities; being Anglo communities and Topo those presenting disability population with a total of 16 people. We also found that 97% of the population is indigenous and that the predominant female sex is 54%. Concluding that the issue of disability is limited knowledge in our population, especially in the rural sector, so in that way it is easier and safer to reach to the places where was found people with disability. From the obtained results in the research, is determined an exact number of people with disabilities, their conditions of health, social and economic that affect their quality of life. The present investigation has four chapters, which focus on the problem, theoretical framework, research methodology, results and discussion, and finally conclusions and recommendations.

AUTORÍA

Nosotras, Juliana Jaqueline Caiza Yépez portadora de la Cedula de Identidad N° 1003448501 y Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas con Cedula de Identidad N° 1003852850, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría, DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA, PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014, que no ha sido presentado para ningún grado, ni calificación profesional; y han respetado las diferentes fuentes y referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.



Juliana Jaqueline Caiza Yépez

C.I.1003448501



Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas

C.I.1003852850

**CESIÓN DE DERECHO DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE**

Yo, Juliana Jaqueline Caiza Yépez y Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas, con cedula de identidad N° 1003448501 y N° 1003852850 respectivamente, 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 autores del trabajo de grado denominado: **DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA, PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciatura en Terapia Física en la Universidad Técnica del Norte**, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.



Juliana Jaqueline Caiza Yépez

C.I. 1003448501



Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas

C.I.1003852850

Ibarra, al 08 de enero de 2015

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE**

1. Identificación de la obra

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

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

Datos de contacto N° 1		
Cédula de Ciudadanía:	1003448501	
Apellidos y Nombres:	Caiza Yépez Juliana Jaqueline	
Dirección:	San Antonio	
E-mail:	julicita29@hotmail.es	
Teléfono:	0967922010	
Datos de contacto N° 2		
Cédula de Ciudadanía:	1003852850	
Apellidos y Nombres:	Tipanluisa Cabezas Verónica Alexandra	
Dirección:	Cayambe	
E-mail:	alexandra15_1991@hotmail.com	
Teléfono:	0989181615	
Datos de la Obra:		
Título:	DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LOMAKUNGA, UGSHA, TOPO Y ANGLA, PARROQUIA SAN PABLO DEL LAGO, DEL CANTÓN OTAVALO DE ENERO – JUNIO 2014.	
Autores:	Juliana Jaqueline Caiza Yépez Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas	
Fecha:		
Solo para trabajos de grado		
Programa:	<input checked="" type="checkbox"/> Pregrado	<input type="checkbox"/> Postgrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Terapia Física	
Asesor/Director:	Ph. D José Ramón Sanabria	

2. Autorización de uso a favor de la Universidad

Nosotras, Juliana Jaqueline Caiza Yépez y verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas, con cédula de identidad N° 1003448501 y 1003852850 respectivamente, en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra

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

3. Constancias

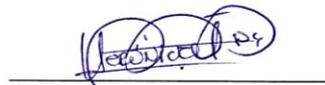
Los Autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá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

Ibarra 08 de Enero de 2015.



Juliana Jaqueline Caiza Yépez

C.I. 1003448501



Verónica Alexandra Tipanluisa Cabezas

C.I.1003852850


Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

DEDICATORIA

En primer lugar quiero dedicarles éste trabajo con todo mi cariño a mis padres que hicieron todo lo posible para que yo pudiera lograr mis sueños brindándome su apoyo y fortaleza para poder concluir con éste proyecto.

A mi abuelita por ser como una segunda madre para mí, demostrándome todo su afecto y comprensión. A mis hermanos por siempre permanecer conmigo y ser mi apoyo en todos los momentos que hemos vivido; formando una parte esencial en mi vida.

Quiero dedicárselo a mis amigas las cuales fueron un eje fundamental en mi etapa universitaria brindándome sus consejos y formando un lazo de hermandad.

Y por último y no menos importante a mi amiga y compañera de tesis Verónica, porque juntas formamos un buen equipo de trabajo, lleno de aventuras y sacrificios.

Juliana Caiza

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

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi prima Doménica quien ha sido y es un motivo de inspiración y felicidad.

A Juliana mi amiga, mi compañera que gracias a su ayuda y empeño en realizar nuestra tesis pudimos terminarla.

Verónica Tipanluisa

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecerle a Dios en primer lugar por permitirme terminar este trabajo ya que sin la voluntad de él no lo hubiese logrado.

A la Universidad por habernos brindado sus conocimientos juntamente con los docentes que supieron guiarnos durante todos nuestros estudios.

Una especial gratitud a nuestra familia porque siempre estuvo con nosotros siendo un soporte fundamental en nuestra vida.

Muchas gracias a nuestro tutor el Ph. D José Ramón Sanabria por la ayuda brindada en este proyecto.

A las personas que nos supieron colaborar en las comunidades de nuestra investigación.

Y un agradecimiento sincero a nuestras amigas por permanecer siempre juntas en esta linda etapa de nuestra vida.

Juliana Caiza

Verónica Tipanluisa

INDICE GENERAL

CERTIFICADO DE APROBACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	iii
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHO DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE .	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE.....	vii
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTO	x
INDICE GENERAL.....	xi
LISTA DE TABLAS	xiv
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	xvi
CAPÍTULO I.....	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
2.1 Discapacidad	7
2.1.1 Evolución del concepto de discapacidad.....	8
2.2 Etiología	9
2.2.1 Causas de las discapacidades sensoriales y de comunicación	9
2.2.2 Causas de las discapacidades motrices	10
2.2.3 Causas de las discapacidades mentales	10

2.3 Indicadores de la discapacidad	11
2.3.1 La discapacidad en América latina	11
2.3.2 Ecuador	11
2.4 Tipos de discapacidad	14
2.4.1 La discapacidad visual	14
2.4.2 Discapacidad auditiva	16
2.4.3 Discapacidad física.....	18
2.4.4 Discapacidad intelectual.....	29
2.5 San Pablo en los albores de la historia	31
2.5.1 Las comunidades y su legado ancestral	33
2.5.2 Población del sector	35
2.6 Marco legal.....	39
2.6.1 Aspectos legales de la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008	39
2.6.2 Plan Nacional del Buen Vivir	42
2.6.3 Ley de Discapacidad	42
CAPÍTULO III.....	65
METODOLOGÍA	65
3.1. Tipo de estudio	65
3.2. Diseño de estudio	66
3.3. Población y muestra	66
3.3.1. Población.....	66
3.3.2. Muestra.....	67
3.4 Identificación de variables	67
3.5 Operacionalización de variables.....	69
3.6 Métodos y técnicas de recolección de datos.....	77
3.6.1 Métodos teóricos	77
3.6.2 Métodos empíricos	78
3.6.3 Métodos estadísticos	79
3.6.4 Registro y procesamiento de datos.....	80
3.6.5 Plan de análisis de datos.....	81

3.6.6	Elaboración del informe final.....	81
3.7	Validez y confiabilidad de la investigación	81
	CAPÍTULO IV.....	83
	RESULTADOS.....	83
4.1	Análisis de resultados.....	83
4.2	Discusión de resultados.....	92
4.3	Respuestas a las preguntas de investigación	96
4.4	Conclusiones	97
4.5	Recomendaciones.....	97
	Bibliografía	99
	ANEXOS	103
	Anexo 1. Glosario de términos	103
	Anexo 2. Encuesta.....	107
	Anexo 3. Guía de Observación	115
	Anexo 4. Ilustraciones.....	116
	Anexo n° 5 Fotografías relatorias.	125

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grados de edad. Año 2004.....	13
Tabla 2. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según zona de residencia. Año 2004.....	13
Tabla 3. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según región de residencia. Año 2004	13
Tabla 4. Diferentes clasificaciones de la discapacidad intelectual	31
Tabla 5. Población por Comunidades de Otavalo	35
Tabla 6. Personas con discapacidad de las comunidades de San Pablo del Lago.	36
Tabla 7. Personas con discapacidad de la comunidad de Lomakunga.....	37
Tabla 8. Personas con discapacidad de la comunidad de Angla	37
Tabla 9. Personas con discapacidad de la comunidad del Topo	38
Tabla 10. Personas con discapacidad de la comunidad de Ugsha.....	38
Tabla 11. Población del estudio realizado.....	66
Tabla 12. Población con discapacidad del estudio realizado (Ver gráfico 1)	67
Tabla 13. Número de personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	83
Tabla 14. Número de personas con Discapacidad de acuerdo a la etnia de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.....	84
Tabla 15. Número de personas con Discapacidad de acuerdo al género de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.....	84
Tabla 16. Número de personas con Discapacidad de acuerdo al nivel de escolaridad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.....	85
Tabla 17. Servicios básicos de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.....	85
Tabla 18. Beneficiarios de los Servicios del Gobierno de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.....	86

Tabla 19. Afección de los diferentes órganos y sistemas en las discapacidades de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	87
Tabla 20. Antecedentes de la condición de salud de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	88
Tabla 21. Atención general de salud, ayuda de otras personas y rehabilitación de las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	89
Tabla 22. Razones por las que no asisten al servicio de rehabilitación las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	90
Tabla 23. Condición actual de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.	90
Tabla 24. Tipo de discapacidad de acuerdo a los órganos o funciones afectadas de las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014. n=39.	91

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 MAPA DE LA PARROQUIA DE SAN PABLO DEL LAGO CON LA UBICACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	92
Ilustración 2. Población total, población con discapacidad y porcentaje de discapacidad en las comunidades de San Pablo.....	116
Ilustración 3. Porcentaje de los tipos de discapacidad.....	116
Ilustración 4. Porcentaje de personas con discapacidad en las comunidades de Angla, Lomakunga, Topo y Ugsha.....	117
Ilustración 5. Número de personas discapacitados en cada comunidad.....	117
Ilustración 6. Porcentaje de Etnia en la población estudiada.....	118
Ilustración 7. Porcentaje de discapacidad según el género.....	118
Ilustración 8. Tasas de discapacidad según el nivel de escolaridad.....	119
Ilustración 9. Accesibilidad a los servicios básicos de las personas con discapacidad.....	119
Ilustración 10. Número de personas beneficiados con los servicios del gobierno.....	120
Ilustración 11. Afectación de los sistemas y los órganos de los sentidos.....	120
Ilustración 12. Tiempo que presentan la discapacidad.....	121
Ilustración 13. Origen y diagnóstico de la discapacidad.....	121
Ilustración 14. Causas de la discapacidad.....	122
Ilustración 15 Atención en salud y rehabilitación.....	122
Ilustración 16. Causas por las que no asiste a rehabilitación.....	123
Ilustración 17 Condición actual de las personas con discapacidad.....	123
Ilustración 18. Tipos de discapacidad según la afección a los órganos y sistemas.....	124

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

La discapacidad forma parte de la condición humana, casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ellas son múltiples, sistemáticas y varían según el contexto. (Chan & Zoellick, 2011)

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor de 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información.

Esas dificultades se exageran en las comunidades menos favorecidas.
(Chan & Zoellick, 2011)

Los países de ingresos bajos tienen una mayor prevalencia de discapacidades que los países de ingresos altos. La discapacidad es más común entre las mujeres, las personas mayores, los niños y adultos que son pobres. La mitad de las personas con discapacidades no pueden pagar la atención de salud, frente a un tercio de las personas sin discapacidades. Las personas con discapacidades son más de dos veces más propensas a considerar insatisfactorios los servicios de salud que se les dispensan. Son cuatro veces más propensas a informar de que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud. (Chan M. Z., 2013)

En América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales solo 2% encuentran respuestas a sus necesidades, según datos del programa regional de rehabilitación de la OPS. El sector salud, en general, no ha enfrentado el problema con la urgencia que se requiere. En los programas y servicio no siempre se detectan los riesgos ni se consideran las consecuencias de las pérdidas funcionales, físicas, psicológicas y sociales que se producen como resultado de los daños y enfermedades, con lo que una situación de salud se transforma en un problema social. (Vásquez, 2006)

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales, por ser de baja cobertura y deficiente calidad, asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace unas dos décadas. (Cazar, 2012)

En Ecuador hay 361.487 personas con discapacidad, la mayoría en las provincias Guayas y Pichincha. 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 apoyo.

Según el registro del CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES (CONADIS), 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. Además 201.946 son hombres con discapacidad y 159.541 son mujeres con discapacidad. (Diario La Hora, 2013)

En Imbabura cerca de dos mil hogares forman parte de los registros de la Comisión Provincial de Discapacidades de Imbabura. A pesar del alto índice de personas con discapacidad, las acciones para eliminar las barreras arquitectónicas y mentales aún no son suficientes en el país. (Diario La Hora, 2006)

Según el REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDADES (CONADIS, 2013) en Otavalo encontramos: 519 con discapacidad Auditiva, 906 con discapacidad Física, 345 con discapacidad Intelectual, 50 con discapacidad del Lenguaje, 71 con discapacidad Psicológica y 239 con discapacidad Visual.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo realizar un diagnóstico georeferenciado de discapacidad en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo y Angla, parroquia San Pablo del Lago, cantón Otavalo de la provincia de Imbabura en el período enero – junio 2014?

1.3. Justificación

La Discapacidad es un tema muy amplio que todos lo sabemos, el cual abarca varios problemas; uno de ellos es la disputa con el resto de la sociedad que presenta comportamientos negativos hacia las personas con discapacidad; generando una discriminación focalizada a éste grupo de personas vulnerables, lo que conlleva a un aislamiento de las mismas.

A pesar de todos los programas realizados para ayudar como: Misión Manuela Espejo o Joaquín Gallegos Lara sigue habiendo un déficit para este grupo de personas en cuanto a las reformas ergonómicas que deberían existir en todas las instituciones; tanto públicas como privadas para una mejor accesibilidad de las personas con discapacidad.

Otras de las causas principales por las que las personas con discapacidad se ven perjudicadas son la falta de conocimiento sobre centros de Rehabilitación en el Cantón, viviendas en comunidades alejadas en donde es inaccesible el transporte y la falta de recursos económicos.

Por lo tanto nuestro proyecto se focaliza en la búsqueda de personas con discapacidades en el cantón Otavalo. El propósito es llevar un registro de dichas personas encontradas en las diferentes parroquias de este cantón, para poder brindarles ayuda en sus hogares ya que el proyecto está destinado a beneficiar a las personas que presenten alguna discapacidad física.

Al contar con una base de datos que permita identificar a las personas con discapacidad la provincia podrá efectuar acciones que propendan a mejorar la calidad de vida, y la mejora de la salud.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Realizar un diagnóstico georeferenciado de discapacidad en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo y Angla, parroquia San Pablo, Cantón Otavalo de la provincia de Imbabura en el período enero – junio 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar qué tipos de discapacidades se encuentran en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo Y Angla de la parroquia de San Pablo del Lago.
- Identificar cuál es el tipo de discapacidad que predomina en las comunidades asignadas.
- Establecer las características sociodemográficas de la población en estudio

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los tipos de discapacidades se encuentran en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo Y Angla de la parroquia de San Pablo del Lago?
- ¿Cuál es el tipo de discapacidad que predomina en las comunidades asignadas?
- ¿Cómo establecer las características sociodemográficas de la población en estudio?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Discapacidad

A principio de la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó tres términos que todavía en nuestros días se suelen utilizar, de una forma más o menos acertada (OMS, 1980):

- a) Deficiencia. Dentro de la experiencia de la salud, la deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja alteración es de un órgano.
- b) Discapacidad. Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia, reflejando alteraciones en el ámbito de la persona.
- c) Minusvalía. Dentro de la experiencia de salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso. La minusvalía representa la socialización de una deficiencia o de una discapacidad, reflejando las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de esa deficiencia o esa discapacidad. (Sanz, 2012)

Cualquiera de los términos expuestos parte de una enfermedad o trastorno de la persona, que hace referencia a una situación intrínseca en el estado de salud de esa persona con respecto a la norma. (Sanz, 2012)

2.1.1 Evolución del concepto de discapacidad

A lo largo del desarrollo de la humanidad, y tal vez como consecuencia del mismo, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Las tradiciones y creencias han jugado un papel importante, así como el avance de las ciencias en sus distintas expresiones, al mismo tiempo que se enriquecieron los enfoques de intervención.

Si bien después de la primera guerra mundial, se establecieron los principios de la rehabilitación médica, recién a fines de la segunda guerra mundial se empezaron a desarrollar sus actividades tal como los conocemos en la actualidad. En esa época, el programa que inicio el doctor Howard Rusk en un centro de convalecientes de guerra en Missouri, Estados Unidos de América, dio origen a un movimiento panamericano enfocado en la concepción funcional del tratamiento médico. (Amate, 2006)

En 1974, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) planteo que el proceso de rehabilitación transita por cinco etapas, que se interrelacionan con el grado de desarrollo y el estado socioeconómico de los pueblos.

- 1) Etapa filantrópica. La idea predominante es la enfermedad y se habla de invalidez, considerada como una característica constante del individuo.
- 2) Etapa de asistencia social. Se caracteriza por la ayuda al lisiado con carencias.
- 3) Etapa de los derechos fundamentales. Coincide con el establecimiento de los derechos universales. Surge el concepto de discapacidad.
- 4) Etapa de la igualdad de oportunidades, se pone en evidencia la relación entre la persona y el medio. Aparece el concepto de desventaja.
- 5) Etapa del derecho a la integración. Los avances sociológicos, así como la democratización política y del conocimiento, amplia el concepto de

desventaja y determinan la incorporación del derecho a la integración y la participación. (Amate, 2006)

Estas cinco etapas no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo país en zonas diferentes. En los países en desarrollo es común encontrar un verdadero mosaico de situaciones.

2.2 Etiología

2.2.1 Causas de las discapacidades sensoriales y de comunicación

La deficiencia auditiva según (hipoacusia) puede ser adquirida cuando existe una predisposición genética como la otosclerosis, cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a los nervios relacionados a la audición), exposición a sonidos impactantes o virales. (Potosí, 2013)

Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades, además de la ingesta de medicamentos que dañan el nervio auditivo durante el embarazo, problemas de incompatibilidad sanguínea, o de infección bacteriana, meningitis, fiebre tifoidea, difteria.

La pérdida de la visión puede ocurrir debido a herimientos, traumatismos, perforaciones o vaciamiento de los ojos. Durante la gestación, enfermedades como rubéola, toxoplasmosis y sífilis, además de uso de sustancias tóxicas, pueden ocasionar esta discapacidad en el niño. (Potosí, 2013)

2.2.2 Causas de las discapacidades motrices

Muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes (zambullido o accidentes de tráfico) o problemas del organismo (derrame). (Potosí, 2013)

2.2.3 Causas de las discapacidades mentales

- a) Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down, es decir trisomía del cromosoma 21
- b) Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- c) Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- d) Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- e) Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- f) Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- g) Accidentes de tránsito.
- h) Accidentes laborales.
- i) Enfermedades profesionales. (Potosí, 2013)

2.3 Indicadores de la discapacidad

2.3.1 La discapacidad en América latina

La discapacidad en las Américas es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo de políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la migración de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales.

La población de América Latina ha envejecido a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la vigencia de derechos humanos y civiles, sobre todo durante la segunda mitad del siglo XX. (CONADIS, 2013)

2.3.2 Ecuador

El censo del 2001, con un enfoque basado en las deficiencias y limitaciones severas, estimó que unas 558000 personas (4.65% de la población) tenían discapacidad. Esta cifra contrasta con la ofrecida uno años antes por el Estudio sobre la Situación Actual de la Discapacidad en Ecuador (ESADE), publicado por el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), que reveló que la discapacidad alcanzaba a 13.2% de la población ecuatoriana. La encuesta ESADE

fue llevada a cabo por un equipo calificado de profesionales de la Universidad Central del Ecuador, y utilizó las definiciones de la discapacidad de la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades, Minusvalidad de la OMS. (CONADIS, 2013)

En 2004, con información del Sistema Integrado de Encuestas de hogares (SIEH), el CONADIS publicó un informe titulado Ecuador, la discapacidad en cifras, según el cual en Ecuador 1 608 334 personas con alguna discapacidad, lo que representa 12.14% de la población total. (Broyna, 2012)

La prevalencia global de la discapacidad en Ecuador es ligeramente superior en las mujeres que los varones, aunque por debajo de los 40 años los varones presentan situaciones de discapacidad en mayor porción que las mujeres. El medio rural presenta una mayor prevalencia de las situaciones de la discapacidad (13.3%) que el urbano (11.6%). Por regiones geográficas, la discapacidad es más prevalente en la Sierra (13.4%) que en la Costa y la Amazonia (11.1 y 11.3% respectivamente). (CONADIS, 2013)

Para los mayores de 5 años se dispone de información sobre la severidad de las limitaciones de actividad y las restricciones de la participación. La prevalencia de las situaciones graves de limitación de actividad o restricción de la participación en los mayores de 5 años es de 5.4 por ciento. (Broyna, 2012)

Tabla 1. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grados de edad. Año 2004

<i>Grupos de edad</i>	<i>Población con discapacidad</i>			<i>Prevalencia (porcentaje)</i>		
	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
Total	1 608 334	778 595	829 739	12.1	11.8	12.4
0-4	17 838	10 118	7 720	1.4	1.5	1.2
5-10	102 600	57 567	45 033	5.7	6.1	5.2
11-19	145 388	78 284	67 104	5.7	6.0	5.4
20-40	311 269	159 178	152 091	7.9	8.3	7.4
41-64	503 834	229 444	274 390	19.0	17.8	20.1
65 y más	527 405	244 004	283 401	55.2	52.1	58.1

FUENTE: INEC-CONADIS. Encuesta Nacional de Discapacidades 2004.

Tabla 2. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según zona de residencia. Año 2004

<i>Zona de residencia</i>	<i>Población total</i>	<i>Personas con discapacidad</i>	<i>Prevalencia (porcentaje)</i>
Total	13 243 984	1 608 334	12.1
Urbana	8 829 994	1 020 590	11.6
Rural	4 413 990	587 744	13.3

FUENTE: INEC-CONADIS. Encuesta Nacional de Discapacidades 2004.

Tabla 3. Ecuador: población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según región de residencia. Año 2004

<i>Zona de residencia</i>	<i>Población total</i>	<i>Personas con discapacidad</i>	<i>Prevalencia (porcentaje)</i>
Total	13 243 984	1 608 334	12.1
Sierra	5 924 053	794 578	13.4
Costa	6 698 745	743 548	11.1
Amazonia	621 185	70 209	11.3

FUENTE: INEC-CONADIS. Encuesta Nacional de Discapacidades 2004.

2.4 Tipos de discapacidad

2.4.1 La discapacidad visual

2.4.1.1 Concepto

Para Gibson (1979), la percepción es “un proceso dinámico por el cual obtenemos información de primera mano sobre nuestro entorno inmediato mediante el uso e integración de los receptores sensoriales o funcionales”. Así, la percepción es una operación activa y compleja que conlleva la creación de categorías perceptuales y que, junto al aprendizaje y al pensamiento, constituyen los procesos cognitivos. (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012)

La deficiencia visual se puede definir entonces como cualquier pérdida visual del sujeto, la cual admite gradaciones, es decir, puede ser una pérdida total o parcial. Concretamente, la ceguera implica la pérdida total de la visión, que consiste en la ausencia de percepción y proyección de luz. (Toro, Motricidad y deficiencia visual, 2012).

No debemos ver a la persona ciega como una persona vidente que carece de visión. La manera de percibir el mundo que ella mismo elabora no es igual a la de una persona privada de la vista. La diferencia estriba en la organización sensorial que opera en sus modalidades sensoriales. (Leonhardt, 2012). La información que nos aporte cualquier otro sentido es siempre más restringida y parcial, ya que la vía visual proporciona la mayor parte de la información que recibimos del entorno y, además, lo hace en menos tiempo que cualquier otra vía sensorial. El ojo proporciona al cerebro sensaciones que le permiten interpretar el color, el tamaño, la distancia, o seguir el movimiento de un elemento en el espacio mientras el cuerpo permanece estático. (Barraga, 2012)

Dentro de la agudeza visual, debemos distinguir entre la agudeza visual dinámica y estática. La agudeza visual estática corresponde a la facultad de analizar el detalle de los objetos cuya imagen se forma en la retina (Chaveleraud, 2012), es decir, la capacidad para hacer discriminaciones visuales finas entre los objetos del campo visual. En cambio, la agudeza visual dinámica se refiere a la capacidad del sujeto para resolver con detalle situaciones dinámicas en las que se mueven los objetos del entorno o ambos. Por tanto, es la capacidad para detectar detalles de un objeto en movimiento como la velocidad, el color, la textura, o la dirección, y podemos interpretarla como la facultad del ojo para, en combinación con el cerebro, percibir la figura y forma de los objetos a una distancia determinada.

La disminución de la agudeza visual se identifica con una sensación de visión borrosa, oscuridad, visión nebulosa, independientemente de que se pueda identificar los detalles de un objeto a una distancia más o menos cercana. Para determinarla se utilizan optotipos, es decir, láminas con letras y figuras que van de mayor a menor tamaño. La más conocida y utilizada es la escala de Snellen, que está formada por varias filas de letras cuadradas, disminuyendo de tamaño de arriba abajo. La expresión numérica de la agudeza visual se hace mediante una fracción cuyo numerador es la distancia entre la persona y el optotipo, y el denominador es la distancia a la que lo percibiría un ojo normal. (Barraga, 2012)

2.4.1.2 Clasificación de las deficiencias visuales

Atendiendo a los parámetros de agudeza visual anteriormente descritos, encontramos la clasificación de Delfour (Picq, 2012), que incorpora tanto criterios oftalmológicos como funcionales-educativos:

- a) Poca afección: la agudeza visual se sitúa entre 5/10 y 3/10, no precisando educación especial.

- b) Mayor afectación: la agudeza visual se sitúa entre 3/10 y 1/10, y se precisan clases especiales de educación sensorial.
- c) Grave afectación y amenaza de ceguera: 1/20 y 1/50 son los límites de la agudeza visual, precisando educación especial y sensorial para invidentes.
- d) Ceguera absoluta: recoge todas las deficiencias visuales con una deficiencia visual por debajo de 1/50, teniendo una gran dependencia de estímulos no visuales. (Picq, 2012)

Herren y Guillemet (1982) asocia a cada una de las categorías de agudeza visual sus correspondientes niveles de competencia:

- a) Ciego total: ausencia total de visión o simple percepción luminosa.
- b) Ciego parcial: resto visual que permite orientación a la luz y la percepción de masas, facilitando considerablemente el desplazamiento y la comprensión del mundo exterior. Visión de cerca insuficiente para su utilización en la vida escolar y profesional.
- c) Ambliope profundo: los restos visuales son mejores que los del grupo anterior. Los volúmenes están mejor definidos, se perciben bien los colores y la visión de cerca permite la adquisición de la lectura y escritura en negro. No permite, sin embargo, seguir una escolarización exclusivamente en negro.
- d) Ambliope propiamente dicho: se posee una visión de cerca que permite seguir en la escolarización con lectura en negro, con métodos pedagógicos particulares.

2.4.2 Discapacidad auditiva

2.4.2.1 Concepto

Se considera discapacidad auditiva aquel “trastorno sensorial caracterizado por la pérdida de capacidad de percepción de las formas acústicas, ya sea por una

alteración del órgano de la audición o bien de la vía auditiva” (Ríos, 2013). La OMS define como persona sorda a aquella que “no es capaz de percibir los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores” (Torres, Rodríguez, Santana, & y González, 2012). Las causas que pueden provocar esta discapacidad son tanto de tipo genético, ingesta de determinados fármacos (p. ej., ototóxicos), infecciones (p. ej., rubéola, consanguinidad, meningitis, paperas u otitis) o traumáticos (p. ej., anoxia, ruido extremo, traumatismo craneal, consecuencia del cerumen) (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012).

Una definición más amplia que la propuesta anteriormente por la OMS es aquella que define como sordo a toda persona cuya agudeza auditiva le impide aprender su propia lengua, seguir con aprovechamiento las enseñanzas básicas y participar en las actividades normales de su edad, y cuya audición no es normal para la vida cotidiana. En cambio, la hipoacusia sería toda pérdida auditiva que permite que la audición sea funcional para la vida diaria mediante ayudas complementarias (prótesis auditivas generalmente), por lo que, generalmente, permite la adquisición del lenguaje.

2.4.2.2 Clasificación de la discapacidad auditiva

Una discapacidad de tipo auditivo no debe entenderse en términos de todo o nada, sino que es un espectro amplio que nos permite establecer una clasificación atendiendo a los decibelios que la persona es capaz de percibir. La pérdida auditiva existente será determinante en el desarrollo de habilidades lingüísticas, cognitivas y sociales de la persona. Cabe indicar que el grado de pérdida auditiva se mide a través de diferentes tipos de pruebas, principalmente las audiometrías (Ríos, 2013). Toda audiometría tiene dos parámetros fundamentales, intensidad y frecuencia, que determinan el nivel o grado de pérdida auditiva. Según este nivel o grado de pérdida en decibelios, (Valmaseda, 2002) apuntan la siguiente clasificación de índole cuantitativa:

- a) Audición normal: de -10 a 20 db.
- b) Pérdida ligera/leve: de 20 a 40 db.
- c) Pérdida media/ moderada: de 40 a 70/60 db.
- d) Pérdida severa: de 70/60 a 90 db.
- e) Pérdida profunda: >90 db.
- f) Cofosis: hace referencia a la pérdida total de audición, con ausencia de restos auditivos. Aunque se sitúan por encima de 120 db, una pérdida superior a 100 db implica una verdadera cofosis funcional.

2.4.3 Discapacidad física

2.4.3.1 Concepto

Aplicaremos al término discapacidad física dado que la alteración se identifica a nivel motor de la persona, limitando, en mayor o menor medida, las actividades (funciones) que ésta puede realizar. El abanico de discapacidades que aquí podemos tratar es amplio, por lo que nos centraremos en las que presentan una mayor incidencia en la población y presencia en la literatura específica. (Basil, Bolea, & Soro - Camats, 2012)

(Basil, Bolea, & Soro - Camats, 2012) (pág. 255) definen la discapacidad motora como “una alteración del aparato motor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres sistemas, que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o diversas partes del cuerpo”. Se trata, pues, de cualquier alteración del sistema locomotor que afecta fundamentalmente cualquier ejecución motora.

2.5.3.2 Clasificación de las discapacidades física

Antes de abordar en próximos epígrafes el amplio abanico de discapacidades que podemos englobar a nivel físico o motor, expondremos una clasificación de las mismas atendiendo a diferentes autores (Aguado & Alcedo, 2002); (Gallardo & Salvador, 2012), y criterios de clasificación, tratando de poner ejemplos que ilustren cada una de ellas. No obstante, (Basil, Bolea, & Soro - Camats, 2012) considera que, para establecer una conceptualización y clasificación de la discapacidad motora, deberá tenerse en cuenta:

- a) El momento en que se produce el trastorno: congénito (que existe desde el nacimiento, ya sea por causas genéticas o sobrevenidas) o adquirido (se produce a consecuencia de factores ambientales u orgánicos).
- b) La duración del trastorno: temporal (su duración es determinada y hay retorno a la casi normalidad) o permanente (durante toda la vida).
- c) La evolución del trastorno: degenerativo (empeora con el paso del tiempo hasta llegar a la muerte en algunos casos) o no degenerativo (se muestra estable en el tiempo).

Las clasificaciones que proponemos en nuestro caso se exponen a continuación:

- a) Según el momento de aparición:
 - a) Prenatales: malformaciones congénitas, espina bífida, anquilosamiento de las articulaciones.
 - b) Perinatal: parálisis cerebral, parálisis del plexo braquial...
 - c) Posnatal: parálisis cerebral, miopatías, lesión medular...
 - d) En la adolescencia: p. ej., miopatía de Duchenne.
 - e) A lo largo de toda la vida: amputaciones, TCE...

- b) Según la etiología:
 - a) Transmisión genética: madre portadora de miopatía de Duchenne...
 - b) Infecciones microbianas: tuberculosis ósea, secuelas de poliomielitis...
 - c) Accidentes: lesión medular, amputaciones...

- c) Según la localización:
 - a) Según el nivel: monoplejía, diplejía, paraplejía, tetraplejía, triplejía o hemiplejía.
 - b) Según su extensión: completa o incompleta.
 - c) Según ciertos síntomas: espasticidad, ataxia, atetosis, flacidez...

- d) Según el origen:
 - a) Cerebral: parálisis cerebral...
 - b) Espinal: poliomielitis anterior aguda, espina bífida, lesión medular...
 - c) Osteoarticular: tuberculosis ósea, malformaciones congénitas, artritis, amputaciones...
 - d) Vascular: hemorragia cerebral...
 - e) Muscular: miopatía o distrofia muscular progresiva. (Aguado & Alcedo, 2002)

2.4.3.2.1. Lesión medular

Concepto, clasificación

Según Brucker (1983), la lesión medular consiste en una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo del nivel de la lesión. Las causas pueden ser muy diversas, bien por malformación congénita, bien por enfermedades o por

traumatismos en la columna vertebral (p. el., accidentes de tránsito, caídas, accidentes laborales, actos violentos...) el daño puede implicar ausencia de control motor voluntario de los músculos esqueléticos, pérdida de sensación y pérdida de función anatómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad del daño neural residual. (Lindemann, 2000)

En cuanto a su tipología, tradicionalmente se establecen dos grandes tipos de lesión medular, establecidos según el nivel de la lesión:

- a) Tetraplejía o cuadriplejía: lesión a nivel cervical con afectación de las cuatro extremidades y la musculatura del tronco.
- b) Paraplejía: se produce cuando las lesiones se localizan a nivel dorsal, lumbar y sacro. La consecuencia motora es la parálisis de las extremidades inferiores (paraplejía baja) y la afectación del tronco por debajo del nivel de la lesión (paraplejía media/alta).

2.4.3.2.2 Espina bífida

Concepto, clasificación y consecuencias

La espina bífida es el resultado de la falta de desarrollo de los arcos óseos de la columna vertebral, por un fallo del tubo neural durante el período embrionario, debido a lo cual discurre la médula entre las vértebras, por lo que aparece un bulto, generalmente en la región sacra. Ese abultamiento puede estar cubierto o no de piel, y puede contener solo membranas o porciones de la misma médula espinal (Castro, 2012). Las causas de esta deficiencia no están suficientemente determinadas, aunque se piensa que interviene factores genéticos, traumatismos durante el embarazo o exposiciones a radiaciones, si bien últimamente está cobrando fuerza la hipótesis de un déficit en la ingesta de ácido fólico durante el período embrionario. Algunos de los daños que produce en la persona que lo

padece son paraplejía, pérdida de la sensibilidad cutánea, infecciones renales o hidrocefalia. Los distintos tipos que nos podemos encontrar son los siguientes (Arcas, Naranjo, & Ponce, 2012):

- a) Espina bífida oculta. Es el grado más leve y la constituyen fisuras de arcos vertebrales sin presencia de tumor. Este tipo puede manifestarse sólo radiográficamente y no se visualiza casi nunca de forma superficial. La médula espinal y los nervios son generalmente normales, sin que existan síntomas neurológicos.
- b) Meningocele consiste en un defecto de una o más vértebras, produciéndose un quiste cuya pared está formada por las meninges recubiertas de piel; es decir, se produce un abultamiento en la espalda debido a la acumulación de líquido cefalorraquídeo. La médula, raíces motoras y sensitivas permanecen en un lugar normal en el conducto vertebral.
- c) Meningomielocele o lipomeningocele. El abultamiento está compuesto por tejido nervioso. Esa bolsa o quiste está lleno de tejido lipomatoso que, a través de un orificio del raquis, penetra en el conducto medular, dando lugar a una compresión y, por lo tanto, a alguna secuela de tipo neurológico.
- d) Mielomeningocele o siringomielocele. El tejido de la bolsa está compuesto por la misma médula espinal y raíces sensitivas motoras, formando parte de la tumoración. (Gomendio, 2000)

2.4.3.2.3 Parálisis cerebral

Concepto y clasificación

La parálisis cerebral (PC) es una lesión cerebral no progresiva que causa daños variables de coordinación, tono y fuerza muscular, con el resultado de incapacitar a la persona para mantener una postura normal y ejecutar

movimientos normales (Anónimo, 2005). Otras definiciones al respecto (Yanci & Santalla, 2003), nos hablan de: a) “estado caracterizado por un control muscular escaso, espasticidad, parálisis y otras deficiencias neurológicas, como resultado de una lesión cerebral producida durante el embarazo, en el momento de nacer, después del nacimiento a antes de los 5 años”; b) “trastornos del movimiento y la posturas que se presentan en la primera infancia a consecuencia de lesión del encéfalo, producida durante la etapa de desarrollo y maduración del sistema nervioso” (Palastanga, 2000).

La clasificación de la parálisis cerebral, atendiendo a la sintomatología presentada, se puede hacer teniendo en cuenta la localización o las extremidades afectadas, así como la afectación motriz característica. Atendiendo a ambos parámetros, realizaremos una breve descripción de las posibles manifestaciones siguiendo a diferentes autores (Anónimo, 2005); (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012):

Según la afectación motora

a) Espástica

La lesión se localiza a nivel de la corteza cerebral, centrada en las áreas motoras, lo que supone un estado de aumento del tono muscular con incremento de reflejos, por lo que se realizan muchos movimientos bruscos y nada controlados (espasmos) debido a la imposibilidad de relajar y contraer recíprocamente los músculos agonistas y antagonistas. Este aspecto suele manifestarse en una clara hipertonia, por lo que está afectada la postura y el control de los movimientos voluntarios. Generalmente afecta los grupos de músculos flexores de las extremidades superiores y los grupos de músculos extensores de las extremidades inferiores. Por ello, existe una tendencia en los miembros inferiores a la hiperextensión y aducción (pies de puntillas), y de flexión en los miembros superiores (semiflexión de codo, dorso de la mano dirigida hacia la cara, dedos

lesionados y pulgar pegado a la palma de la mano). Presenta además problemas de equilibrio y coordinación. Cuando la afectación es grave, no dominan la ambulación y se precisa el uso de silla de ruedas. La mímica de la cara y el habla resultan también afectadas. (Palastanga, 2000)

b) Atetósica

La lesión se localiza en los ganglios basales, en el haz extrapiramidal, dando como resultado movimientos retorcidos que son irregulares, incontrolables y vacilantes. Se caracteriza por las contracciones involuntarias de las extremidades distales. Esos movimientos involuntarios pueden aparecer tanto en situaciones de reposo como en aquellas que producen estrés o emoción al sujeto, por lo que éstos se acentúan. El tono muscular presenta fluctuaciones espasmódicas, es decir, que el tono varía de hipotonía a hipertonia según la actividad voluntaria, y con movimientos involuntarios anormales e incontrolados. Cuando se intenta realizar un movimiento voluntario, surgen una serie de contracturas musculares parasitarias que tienden al a extensión de los segmentos articulares, con movimientos lentos, descoordinados e involuntarios, alterando el esfuerzo contráctil y haciendo que la acción resulte compleja y dificultosa. También suelen caracterizarlo la presencia de disartria, es decir, dificultad en el habla debido a la acción de los músculos que la articulan, a lo que se une las dificultades para coordinar la respiración y la emisión del sonido. Como consecuencia asociada, tienen la boca abierta y suelen babear con bastante frecuencia. (Palastanga, 2000)

c) Atáxica

La lesión se localiza en el cerebelo y, dependiendo de la parte afectada, puede dar lugar a temblores o descoordinación, así como a dificultar movimientos rápidos y precisos, el equilibrio y el control del tronco. Presentan una marcha inestable, utilizando una base de sustentación amplia para compensar su dificultad. Pueden ser hipotónicos o

hipertónicos, y tiene un mal control de la cabeza y de las extremidades. (Palastanga, 2000)

d) Mixta

Es el tipo más común de afección motriz, ya que raramente un individuo con parálisis cerebral es solamente espástico, atetóide o atáxico, la espasticidad atetósica es la forma mixta que más frecuentemente se encuentra, pero cualquier combinación es posible. Presentan rigideces que impiden el movimiento, y temblores que provocan movimientos involuntarios. (Palastanga, 2000)

Según las extremidades afectadas

- a) Monoparesia / monoplejía: un solo miembro afectado
- b) Paraparesia / paraplejía: un lado del cuerpo, según su eje transversal. Cuando la afectación es mayor en los miembros inferiores que en los superiores, se la conoce como diparesia / diplejía, pudiendo ser asimétrica.
- c) Hemiparesia / hemiplejía: un lado del cuerpo, según su eje longitudinal. La afectación se extiende al tronco y miembro superior e inferior del mismo lado, del hemicuerpo derecho o izquierdo del sujeto.
- d) Triparesia / triplejía: afectación de las extremidades inferiores y una superior, o de la musculatura de la cara y cuello.
- e) Tetraparesia / tetraplejía: afectación de los miembros superiores e inferiores y, generalmente, de cara y cuello.

Cabe indicar que, generalmente, el sufijo “plejía” se refiere a una afectación de la función motriz y de la sensibilidad, mientras que “paresia” se refiere a una afectación parcial, aunque parece no existir un consenso claro en la literatura en torno a esta cuestión. Además, si tenemos en cuenta el grado de afectación, podemos identificar tres tipos de parálisis cerebral (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012) (pág. 208); a) leve, en la cual existen indicios patológicos sin presentarse alteraciones

funcionales; b) moderada, existen indicios patológicos con alteraciones funcionales (p. ej., presenta marcha inestable, requiriendo el uso de muletas o bitutores, y habla afectada), y c) grave, en la que existen indicios patológicos que impiden totalmente la realización de funciones (p. ej., no hay marcha y presenta problemas con la deglución). (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012)

2.4.3.2.4 Traumatismo Craneoencefálico (TCE)

Concepto, clasificación

El TCE se refiere a una lesión en el cerebro que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia y causar alteraciones del funcionamiento físico, cognitivo, social, conductual o emocional. Algunas de las consecuencias físicas suelen ser la falta de coordinación, dificultad para planificar y secuenciar movimientos, espasticidad muscular, dolor de cabeza, trastornos del habla, parálisis, así como otra serie de problemas sensoriales, tanto auditivos como visuales. En muchos casos, tales problemas conllevan el uso de materiales ortopédicos como muletas o sillas de ruedas. (Porreta, 2005)

(Porreta, 2005) Indica dos grados de TCE: open head injury (abierto) y closed head injury (cerrado). En el caso de la lesión abierta, puede ser causada por un accidente, una herida de bala o un golpe en la cabeza con un objeto que cause una lesión visible. En cambio, la cerrada puede ser causada por un movimiento grave, anoxia o hemorragia craneal, entre otras causas. En el caso de las cerradas, el daño es más difuso, mientras que las abiertas el daño es más localizado. El TCE puede ir de moderado a grave, en el que la lesión cerebral se caracteriza por un estado amplio de inconsciencia (coma), precisándose un programa de rehabilitación amplio para recuperar las funciones corporales y/o mentales.

2.4.3.2.5 Accidente cerebro Vascular (ACV)

Concepto, Clasificación

El ACV o stroke se refiere a un daño en el tejido cerebral como resultado de problemas causados por una circulación sanguínea deficiente, pudiendo dañar áreas del cerebro que controlan funciones vitales del organismo. Esas funciones pueden incluir y el control y la habilidad motora, la sensación y la percepción, comunicación, emociones o estado de conciencia. Aunque en ocasiones el ACV puede provocar la muerte, aquellos que sobrevivan al mismo pueden manifestar grados de discapacidad que van desde la pérdida mínima de funcionalidad a la dependencia absoluta de terceras personas. Debido a la naturaleza del sistema arterial cerebral, el ACV normalmente causa la parálisis de un lado u otro del cuerpo, ya sea totalmente (monoplejía). Se apunta una serie de normas básicas que se dan en función del lugar donde se haya producido la lesión:

- a) Hemisferio izquierdo: hemiplejia derecha, trastornos del lenguaje y torpeza motora.
- b) Hemisferio derecho: hemiplejia izquierda, olvido, esquema corporal afectado o impulsividad.
- c) Área anterior: comportamiento.
- d) Área posterior: percepción.
- e) Área lateral: cara y miembros afectados
- f) Área media: miembros inferiores.

Podemos diferenciar dos tipos fundamentales de ACV: hemorrágico e isquémicos el primero de ellos, comúnmente llamado hemorragia cerebral, se debe a la pérdida de elasticidad y rotura de una arteria cerebral, siendo el tipo más grave de ACV. En cambio, la isquemia se refiere a un deficiente aporte sanguíneo al tejido cerebral, debido a una obstrucción de las arterias que irrigan el cerebro, privando al mismo de aporte de oxígeno. La interrupción puede ser permanente o

transitoria, aunque estas últimas pueden ser un síntoma de problemas más graves a futuro. (Porreta, 2005)

2.4.3.2.6 Amputaciones

Concepto, Clasificación

Una amputación consiste en una exéresis o separación del cuerpo de una parte del organismo (un órgano, un miembro o parte de ellos), aunque suele hablarse de amputación para indicar la extirpación total o parcial de un miembro (Castro, 2012). Se diferencian dos tipos fundamentales de amputación: (Castro, 2012)

- a) Las amputaciones cuyas líneas de sección pasar por las articulaciones, no por el hueso.
- b) Las articulaciones cuyas líneas pasan por el hueso.
- c) El fragmento del hueso que se conserva se denomina “muñón”, el cual debe ser solido e indoloro, sea para la práctica deportiva, sea para cualquier actividad de la vida diaria. Exponemos a continuación una breve clasificación de las amputaciones:
- d) Congénitas. Ausencia de miembros cuyo origen se encuentra en diferentes causas prenatales, tales como la falta de la formación embrionaria de toda o una parte de la extremidad. Podemos distinguir entre: a) Amelia, o ausencia total de una o más extremidades, y b) meromelia, que es la ausencia parcial de una o más extremidades, pudiendo clasificarse a su vez en meromelia terminal (afecta a las zonas distales del cuerpo) y meromelia intercalar o focomelia (afecta la zona central de la extremidad, conservando la proximal y distal).
- e) Debidos a tumores. Por el crecimiento de tejido, ya sea fibroso (fibrosarcoma), muscular (miosarcoma) u óseo (osteosarcoma), pudiéndose llegar a la necesidad de efectuar una amputación, sobre todo en el último caso.

- f) Debidas a lesiones. Sobre todo de origen traumático (accidente de tráfico, pirotécnicos, laborales...).
- g) Debidas a otras enfermedades. Esas enfermedades pueden producir una necrosis de los tejidos que requiere la amputación. Las causas pueden ser gangrena, falta de circulación sanguínea, infecciosas, agentes químicos o agentes infecciosos. (Castro, 2012)

Con todo, la amputación puede afectar la extremidad superior, la inferior o ambas. De esta forma distinguimos:

- a) En función de la altura de la sección:
 - Tibial: por debajo de la rodilla.
 - Femoral: por encima de la rodilla.
 - b) En función del número de extremidades afectadas:
 - Simple: una única extremidad afectada
 - Doble: las dos extremidades afectadas.
 - Múltiple: combinación de una extremidad superior y otra inferior.
- (Castro, 2012)

2.4.4 Discapacidad intelectual

2.4.4.1 Concepto

La Asociación Americana sobre Deficiencia mental (AAMD), posteriormente denominada AAMR, aportó en su Manual sobre terminología y clasificación de 1959 la siguiente definición: “la deficiencia mental está relacionada con un funcionamiento intelectual por debajo de la media, que se origina en el período de desarrollo, y se asocia a deficiencias en el comportamiento adaptativo”. Paralelamente, propone una clasificación en función del CI hallado mediante las puntuaciones del test de Stanford-Binet:

- a) Límite o borderline: CI entre 83-67 puntos.
- b) Ligero: CI entre 66-50 puntos.
- c) Moderado: CI entre 49-33 puntos.
- d) Grave CI entre 32-16 puntos
- e) Profundo: CI <16 puntos. (Verdugo, 2002)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la deficiencia mental como “un funcionamiento intelectual inferior al término medio, con alteraciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o de detiene” (Toro & Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012) definen a la deficiencia mental “como un trastorno del funcionamiento y de la estructura de las neuronas cerebrales, lo que origina déficits de las capacidades intelectuales y de aprendizaje de los sujetos que la padecen”.

El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento presente (de las personas). Se caracteriza por:

1. Un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que se presenta juntamente con
2. Limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidad adaptativa: comunicación, cuidado de uno mismo, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de los servicios de la comunicación, autorregulación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, trabajo y
3. Se manifiesta antes de los 18 años. (Molina, 2012)

2.4.4.2 Tipos y clasificación de la discapacidad intelectual

Basándose en una clasificación que considera diferentes límites del CI como criterio clasificador, plantaremos una caracterización de los distintos grupos propuestos por autores (Bonany, 2001) (Molina, 2012) (Ríos, 2013) (Toro &

Zarco, Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, 2012). (TABLA 4).

Tabla 4. Diferentes clasificaciones de la discapacidad intelectual

Clasificación clínica americana	Clasificación educativa	Clasificación de la AAMR	Intervalo de CI	Edad mental esperada
Retraso límite	Aprendizaje lento	Inteligencia límite	70-80	13
Morón	Educable	Medio	50-55 a 70	8-12
Imbécil	Entrenable	Moderado	35-40 a 50-55	3-7
		Grave	20-25 a 35-40	
Idiota	A custodiar	Profundo	De 20-25	< 0-3

FUENTE: (Bonany, 2001)

2.5 San Pablo en los albores de la historia

Hablar de la historia de un pueblo obliga a escudriñar en múltiples documentos, las diferentes épocas, que nos trasladan a tiempos remotos. Es vivir la cotidianidad de la existencia de nuestros ancestros. Es desenterrar nuestras verdaderas raíces, a punta de saltos e investigaciones. En fin, adentrarse en la historia es volar hacia un mundo mágico de ayllus, haciendas, huasipungos, diezmos, priestazgos y otros elementos que nos sumergen en el ámbito del mestizaje y la sincretización. (Martínez, 2007)

Refiriéndonos, específicamente, a San Pablo de la laguna (denominación original, ya que lago es una extensión de agua mucho mayor. Parece ser que cuando se expide el documento de parroquialización, por parte del Congreso Nacional, se cambió la palabra laguna por la de Lago), existen algunos trabajos de mayor o menor extensión realizados en distintas épocas y por varios autores, en los que podemos encontrar diferentes fechas, tanto para la fundación como para la parroquialización de San Pablo, de lo cual a continuación hago un recuento.

Según narró el sacerdote de Pimampiro Antonio Borja, en 1578, San Pablo fue fundado como pueblo mediante la Reducción Eclesiástica ordenada por el obispo Alonso de la Peña, el 29 de junio de 1576, la misma que tenía por objeto la concentración de los indígenas, con el fin de catequizarlos y facultar el cobro del tributo a favor de la Corona Española. (Valdospinos Rubio M. , 2007)

Otra versión menciona la fecha del 30 de agosto de 1806 como la fundación de San Pablo (“El Ecuador que usted no ha visto”, Fernando Villaroel G. Pág. 155).

Igualmente, sobre la parroquialización de San Pablo existen como datos diferentes; pero los más destacables, y quizá los de mayor veracidad, son el señalado por el licenciado Patricio Guerra en “Algo sobre Otavalo” (Presencia N° 43 del 26 de octubre de 1980) que señala el 29 de mayo de 1867 como fecha de dicho acto, mediante Ordenanza Municipal aprobado por el Ministerio del Gobierno. Pero más tarde se obtiene del Congreso Nacional un documento Certificado en el que consta el 29 de Mayo de 1861 como la fecha de parroquialización de San Pablo del Lago, cuyo original reposa en el archivo-biblioteca de la Función Legislativa.

Otro autor (Espinosa Soriano. “Cayambes y Carangues”. Págs. 141-142) señala que la reducción civil se efectúa entre 1648 y 1680. “San Pablo de la Laguna es tan antiguo como Cayambe y el Asiento de Otavalo. Tuvo dos ayllus propios hasta 1603. A raíz de la reducción se amplía a 12, incluso uno de los forasteros. Ellos son: Abatag, Araguillín, Antamba, Curnango, Tueña Coango, Angla, Lluqui, Gualacata, Pizsalqui y luego Valenzuela”, quienes serían primeros indígenas que poblaron el territorio del actual valle de San Pablo del Lago.

Versiones de los pobladores más antiguos mencionan a Gaspar Gualchiquichin Ango, junto con su ayllu, como los primeros habitantes de lo que hoy es San Pablo. Éstos se acentuaron junto al Poguio de Cusín, a lo largo de las

faldas de la loma de El Tejar; pero más tarde una epidemia los obligó a salir de ese lugar y ubicarse en el sitio actual de la población.

La denominación “Ango” era una especie de título nobiliario que significaba Señor, Hombre Principal, Cacique y más tarde se la adosa como un sufijo a ciertos apellidos como Cacuango, Anrango, Curnango, etc.

San Pablo de la Laguna aportó con numerosos mitayos para los obrajes que constituían la principal fuente de contribución a la Corona Española; además como ocurría en la época, se debían cancelar una serie de diezmos para la Iglesia y otros tantos impuestos a los Corregidores, lo cual siempre mantuvo latente un descontento general que en algunas ocasiones terminó en levantamientos, como el ocurrido el 9 de noviembre de 1777, cuando los indios de Otavalo, Caranqui, Cotacachi; San Pablo y Atuntaqui se sublevaron en contra de una medida tomada por parte del Oidor, don Gregorio Zapata, quien difundió rumores de que a los indios que no cumplieran con los tributos se les marcaría la cara, a lo que se sumó la orden de realizar un censo por parte del Obispo Blas Sobrino y Mina, con el objetivo de recolectar los diezmos. Esa decisión derivó en la quema del Obraje de la Laguna, por parte de las comunidades.

Llegando al siglo XIX, y mientras se sucedían una serie de enfrentamientos bélicos en busca de liberación de la Corona Española, un hecho importante en una humilde vivienda de la localidad, antes de dirigirse, por El Abra, hacia Ibarra y tomar por sorpresa a las tropas realistas, a las que derrotó al siguiente día. (Valdospinos Rubio M. S., s.f)

2.5.1 Las comunidades y su legado ancestral

La mayoría de comunidades que pertenecen a la parroquia San Pablo del Lago está asentada en lo que antiguamente fueron los dominios de las haciendas, especialmente la de Zuleta; consecuentemente, los pobladores vivían ampliamente

influenciados por ellas, mediante sistemas de explotación como el concertaje o la yanapería.

Las comunidades se constituyeron como jurisdicciones definidas y jurídicas a partir de la liquidación de los huasipungos, desde 1915, aunque la relación con las haciendas no se eliminó por completo. Las primeras fueron: Araque, Valenzuela (hoy Cusipamba), Abatag, Tuñawanku (hoy Gualabí), Anglango y Bagabundos (hoy Angla), Casco Valenzuela, Cubilche y Topo (las dos últimas se fusionaron y formaron Topo). Los cambios de nombres se efectuaron desde la década de 1950.

Con la Reforma Agraria (1960) las comunidades accedieron a más tierras y algunas familias a terrenos individuales que adquirirían mediante compra de haciendas. Con ello, se fueron definiendo jurídica y jurisdiccionalmente las comunidades que existen en la actualidad (2007): Abatag, Angla, Araque, Casco Valenzuela, Cochaloma, Topo, Cusimpamba, Gualaví, Imbabura, Ugsha, La Unión y Lomakunga. (Martínez, 2007)

En 1984 se formó la Unión de Comunidades de San Pablo (Udocam), con la finalidad de agrupar a las jurisdicciones campesinas y propiciar el desarrollo de sus habitantes. Pero en el 2005 la organización adquirió la denominación de Unión de Comunidades Indígenas de San Pablo del Lago (Uncispal).

Actualmente (2007) la Uncispal agrupa a 11 comunidades Kichwa Cayampi y una kichwa Otavalo. La población es de 6377 habitantes, de los cuales 3184 son hombres y 3183 son mujeres. La economía gira en torno a las actividades agrícolas, crianza de animales y floricultura.

Según un estudio efectuado por la Uncispal y Prodepine. El 52% de la población comunitaria se dedica a los quehaceres domésticos, en el caso de las mujeres; el 16% son jornaleros; el 11% labora en plantaciones florícolas; el 10% se dedica a la agricultura; el 8% desempeña actividades de albañilería y el 3% son empleados particulares.

El mismo estudio revela que el 57% de la población tiene estudios primarios; el 1% cursó el jardín de infantes; al nivel secundario accede el 19%; un 3% tiene formación superior y el 20% de la población es analfabeta (70% mujeres y 30% hombres).

2.5.2 Población del sector

Según diagnósticos comunitarios la distribución de la población son es la siguiente: el 35% se localiza en el casco urbano de San Pablo del Lago y la comunidad de Araque tiene el 17% de la población total, seguida por Ugsha y Cusipamba con el 8% respectivamente, Gualaví y Angla con el 7% cada una, el Topo con el 4% de la población parroquial; las comunidades de Cazco Valenzuela con el 3%, Imbabura, Abatag y la Unión con el 2% cada una; y Lomakunga y Cochaloma con el 1% que son las de menor población. En la tabla 5 señala la población por comunidad según diagnósticos comunitarios. (Martínez, 2007)

Tabla 5. Población por Comunidades de Otavalo

Comunidades	Nº Familias	Población Total
Casco Urbano	1300	5200
Araque	650	2600
Ugsha	300	1200
Cusipamba	300	1200
Gualaví	250	1000
Angla	250	1000
Topo	150	600
Cazco Valenzuela	113	452
Imbabura	74	296
Abatag	83	332
La Unión	60	240
Lomakunga	53	212
Cochaloma	50	200
TOTAL	3633	14532

FUENTE: Junta Parroquial de San Pablo del Lago

Según indicadores oficiales la parroquia presenta una tasa de crecimiento poblacional de 8,73% en un período de 10 años, de acuerdo a los últimos censos de población, lo que nos indica que tiene un bajo crecimiento poblacional anual de 0,87%.

A partir del censo del año de 1990, se observa que existe un mayor crecimiento de la población de forma gradual, en comparación con censos de años anteriores donde se presenta bajo crecimiento poblacional. (Martínez, 2007)

Tabla 6. Personas con discapacidad de las comunidades de San Pablo del Lago

NÚMERO DEL SUJETO	EDAD	COMUNIDAD	PATOLOGÍA
1	72	El Topo	Deficiencia Auditiva
2	74	El Topo	Deficiencia del habla
3	75	Ugsha	Deficiencia Auditiva
4	59	El Topo	Deficiencia del habla
5	67	Lomakunga	Deficiencia Auditiva
6	76	El Topo	Deficiencia Auditiva
7	56	El Topo	Deficiencia del habla
8	76	El Topo	Deficiencia del habla
9	18	El Topo	Discapacidad Física
10	57	Angla	Deficiencia del habla
11	14	Lomakunga	Discapacidad Física
12	57	Angla	Deficiencia del habla
13	20	Angla	Discapacidad Física
14	42	Lomakunga	Discapacidad Física
15	5	El Topo	Deficiencia Visual
16	60	El Topo	Deficiencia del habla
17	24	El Topo	Deficiencia Visual
18	74	El Topo	Deficiencia Visual
19	76	El Topo	Deficiencia Auditiva
20	21	El Topo	Discapacidad Física
21	15	Angla	Deficiencia Visual
22	57	Angla	Deficiencia del habla
23	2	Angla	Discapacidad Física
24	74	Angla	Deficiencia del habla
25	61	Lomakunga	Deficiencia Auditiva
26	52	Ugsha	Deficiencia Auditiva
27	15	El Topo	Deficiencia del habla
28	97	El Topo	Discapacidad Física
29	10	Angla	Deficiencia Auditiva
30	57	El Topo	Deficiencia Auditiva
31	13	Angla	Deficiencia Auditiva
32	10	Angla	Deficiencia Auditiva

33	3	Angla	Deficiencia Visual
34	80	Ugsha	Discapacidad Física
35	75	Angla	Discapacidad Física
36	59	Angla	Discapacidad Física
37	39	Angla	Discapacidad Física
38	4	Angla	Discapacidad Física
39	15	Angla	Discapacidad Física

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Personas con discapacidad de la comunidad de Lomakunga

NÚMERO ENCUESTA	DE	COORDENADA X	COORDENADA Y	ALTURA
112		811469	10023747	2813m
216		811768	10023734	2819m
322		811762	10023443	2754m
1060		811459	10023747	2813m

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Personas con discapacidad de la comunidad de Angla

NÚMERO ENCUESTA	DE	COORDENADA X	COORDENADA Y	ALTURA
169		816745	10022576	2900
226		816295	10022428	2943
237		815992	10023399	2881
935		816841	10022789	2918
960		816993	10022183	2934
984		817122	10022347	2925
1004		817331	10022912	2900
1117		816728	10022417	2898
1284		817123	10022536	2922
1285		816728	10022417	2898
1286		816791	10022305	2901
1288		817031	10023067	2933
1289		816846	10021881	2919
1209		816734	10021990	2923
1291		816136	10022255	2889
1292		816130	10022277	2884

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Personas con discapacidad de la comunidad del Topo

NUMERO ENCUESTA	DE	COORDENADA X	COORDENADA Y	ALTURA
43		818136	10023475	3210
60		818136	10023475	3210
107		818202	10023447	3199
138		818084	10023557	3212
142		818021	10023411	3164
143		816887	10023096	2924
144		817769	10023566	3002
372		816864	10023147	2922
513		818102	10023425	3192
546		81688	10023096	2924
629		816887	10023096	2924
906		817380	10023176	2966
934		816567	10023544	2940
1098		818102	10023425	3192
1099		817033	10023068	2931
1283		816983	10022999	2923

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Personas con discapacidad de la comunidad de Ugsha

NUMERO ENCUESTA	DE	COORDENADA X	COORDENADA Y	ALTURA
106		819206	10022942	3187
1097		819809	10023884	3382
1287		819062	10023837	3294

Fuente: Elaboración propia

2.6 Marco legal

2.6.1 Aspectos legales de la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008

Capítulo Segundo

Derechos del Buen Vivir

Sección séptima de la Constitución de la República del Ecuador

Salud

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.

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. (Asamblea, 2008)

2.6.2 Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 2

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

El reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. El desafío es avanzar hacia la igualdad plena en la diversidad, sin exclusión, para lograr una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social, atención especializada y protección especial.

2.6.3 Ley de Discapacidad

El 5,6% de la población ecuatoriana (816 156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad (INEC, 2010a). La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. Menos de la mitad de las personas con discapacidad (44%) reportan que sí han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo (Conadis, 2013).

El 80% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados (INEC, 2010a).

A partir de 2007, la Vicepresidencia de la República, conjuntamente con el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (Conadis), incursionó en áreas como la implementación de 80 unidades de estimulación temprana en la mayoría de provincias del país; el apoyo a los gobiernos autónomos descentralizados en el ámbito de discapacidades para la eliminación de barreras arquitectónicas e implementación de unidades básicas de rehabilitación, durante 2007, 2008 y 2010; el fortalecimiento de las cinco federaciones nacionales de y para personas con discapacidad y de 150 filiales de nivel local; la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la contribución al cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos de las mismas (CONADIS, 2013)

TÍTULO I

PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES

FUNDAMENTALES

CAPÍTULO PRIMERO

DEL OBJETO, ÁMBITO Y FINES

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

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

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición 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; Documento con posibles errores, digitalizado de la publicación original. Favor verificar con imagen.
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

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

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

10. Atención prioritaria: en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo. La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.

TÍTULO II

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS DERECHOS, GARANTÍAS Y BENEFICIOS

CAPÍTULO PRIMERO

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS SUJETOS DE LEY

SECCIÓN PRIMERA DE LOS SUJETOS

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

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

- 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, sicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

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.

SECCIÓN SEGUNDA

DEL SUBSISTEMA NACIONAL PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Artículo 8.- Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional creará el Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad, con sus respectivos procedimientos e instrumentos técnicos, el mismo que será de estricta observancia por parte de los equipos calificadores especializados.

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

Artículo 10.- Recalificación o anulación de registro.- Toda persona tiene derecho a la recalificación de su discapacidad, previa solicitud debidamente fundamentada. La autoridad sanitaria nacional, de oficio o a petición de parte, previa la apertura de un expediente administrativo, podrá anular o rectificar una calificación de discapacidad, por considerar que la misma fue concedida por error, negligencia o dolo del equipo calificador especializado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales correspondientes.

SECCIÓN TERCERA

DE LA ACREDITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 11.- Procedimiento de acreditación.- Una vez realizada la calificación de las personas con discapacidad y el correspondiente registro por parte de la unidad competente del Sistema Nacional de Salud, la autoridad sanitaria deberá remitir inmediatamente dicha información al Registro Civil, Identificación y Cedulación, para que se incluya en la cédula de ciudadanía la condición de discapacidad, su tipo, nivel y porcentaje

Artículo 12.- Documento habilitante.- La cédula de ciudadanía que acredite la calificación y el registro correspondiente, será documento suficiente para acogerse a los beneficios de la presente Ley; así como, el único documento requerido para todo trámite en los sectores público y privado.

SECCIÓN CUARTA

DEL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE PERSONAS JURÍDICAS DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 13.- Registro Nacional de Personas con Discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional será la responsable de llevar el Registro Nacional de Personas con Discapacidad y con Deficiencia o Condición Discapacitante, así como de las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas dedicadas a la atención de personas con discapacidad y con deficiencia o condición discapacitante, el cual pasará a formar parte del Sistema Nacional de Datos Públicos, de conformidad con la Ley.

Artículo 14.- Interconexión de bases de datos.- Las bases de datos de los registros nacionales de personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante y de personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas dedicadas a su atención, mantendrán la debida interconexión con los organismos de la administración pública y las instituciones privadas que ofrezcan servicios públicos que estén involucrados en el área de la discapacidad, a fin de procurar la actualización de su información y la simplificación de los procesos, de conformidad con la Ley.

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

CAPÍTULO SEGUNDO
DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SECCIÓN PRIMERA
DE LOS DERECHOS

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

Artículo 17.- Medidas de acción afirmativa.- El Estado, a través de los organismos competentes, adoptará las medidas de acción afirmativa en el diseño y la ejecución de políticas públicas que fueren necesarias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad que se encontraren en situación de desigualdad.

Artículo 18.- Cooperación internacional.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinará con las autoridades nacionales en el ámbito de su competencia, los gobiernos autónomos descentralizados, y las personas jurídicas de derecho público la promoción, difusión, así como la canalización de la asesoría técnica y los recursos destinados a la atención de personas con discapacidad, en concordancia con el Plan Nacional de Discapacidades.

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.

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 discapacitante 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.

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.

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 de 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.

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 TERCERA DE LA EDUCACIÓN

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

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

Artículo 29.- Evaluación para la educación especial.- El ingreso o la derivación hacia establecimientos educativos especiales para personas con discapacidad, será justificada única y exclusivamente en aquellos casos, en que luego de efectuada la evaluación integral, previa solicitud o aprobación de los padres o representantes legales, por el equipo multidisciplinario especializado en discapacidades certifique, mediante un informe integral, que no fuere posible su inclusión en los establecimientos educativos regulares.

Artículo 30.- Educación especial y específica.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinará con las respectivas autoridades competentes en materia de educación, el diseño, la elaboración y la ejecución de los programas de educación, formación y desarrollo progresivo del recurso humano necesario para brindar la atención integral a las personas con discapacidad, procurando la igualdad de oportunidades para su integración social.

Artículo 31.- Capacitación y formación a la comunidad educativa.- La autoridad educativa nacional propondrá y ejecutará programas de capacitación y formación relacionados con las discapacidades en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.

Artículo 32.- Enseñanza de mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación.- La autoridad educativa nacional velará y supervisará que en los establecimientos educativos públicos y privados, se implemente la enseñanza de los diversos mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación para las personas con discapacidad, según su necesidad.

Artículo 33.- Accesibilidad a la educación.- La autoridad educativa nacional en el marco de su competencia, vigilará y supervisará, en coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados, que las instituciones educativas escolarizadas y no escolarizadas, especial y de educación superior, públicas y privadas, cuenten con infraestructura, diseño universal, adaptaciones físicas, ayudas técnicas y tecnológicas para las personas con discapacidad; adaptación curricular; participación permanente de guías intérpretes, según la necesidad y otras medidas de apoyo personalizadas y efectivas que fomenten el desarrollo académico y social de las personas con discapacidad.

Artículo 34.- Equipos multidisciplinarios especializados.- La autoridad educativa nacional garantizará en todos sus niveles la implementación de equipos multidisciplinarios especializados en materia de discapacidades, quienes deberán realizar la evaluación, seguimiento y asesoría para la efectiva inclusión, permanencia y promoción de las personas con discapacidad dentro del sistema educativo nacional.

Artículo 35.- Educación co-participativa.- La autoridad educativa nacional y los centros educativos inclusivos, especiales y regulares, deberán involucrar como parte de la comunidad educativa a la familia y/o a las personas que tengan bajo su

responsabilidad y/o cuidado a personas con discapacidad, en la participación de los procesos educativos y formativos, desarrollados en el área de discapacidades.

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

Artículo 37.- Formación de transición.- La autoridad educativa nacional, desarrollará programas de acuerdo a las etapas etarias de la vida para las personas con discapacidad que se formen en los centros de educación especial y regular; y, ejecutarán programas orientados a favorecer la transición de una persona que adquiera una discapacidad en cualquier etapa de su vida.

Artículo 38.- Becas.- Aquellas personas con discapacidad en cuya localidad no exista un establecimiento educativo público con servicios adecuados para atender a sus necesidades educativas especiales podrán recibir del Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo, becas y créditos educativos, a fin de que asistan a una institución educativa particular o fiscomisional que sí ofrezca los servicios adecuados, de conformidad con la normativa específica que se expida para el efecto.

Artículo 39.- Educación bilingüe.- La autoridad educativa nacional implementará en las instituciones de educación especial para niños, niñas y adolescentes con discapacidad el modelo de educación intercultural y el de educación bilingüe-bicultural. La autoridad educativa nacional asegurará la capacitación y enseñanza en lengua de señas ecuatoriana en los distintos niveles educativos, así como la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.

Artículo 40.- Difusión en el ámbito de educación superior.- La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, asegurará que en todas las instituciones de educación superior se transversalice el conocimiento del tema de la discapacidad dentro de las mallas curriculares de las diversas

carreras y programas académicos, dirigidos a la inclusión de las personas con discapacidad y a la formación humana de las y los futuros profesionales.

Artículo 41.- Difusión en ámbito de la formación de conductores y chóferes.- La autoridad nacional competente en transporte terrestre, tránsito y seguridad vial, asegurará que en todas las escuelas y centros de conducción no profesional y de choferes profesionales, se transversalice el conocimiento y el manejo del tema de la discapacidad y su normativa vigente en sus cursos de manejo.

SECCIÓN QUINTA

DEL TRABAJO Y CAPACITACIÓN

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

Artículo 46.- Políticas laborales.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades en coordinación con la autoridad nacional encargada de las relaciones laborales formulará las políticas sobre formación para el trabajo, empleo, inserción y reinserción laboral, readaptación profesional y reorientación ocupacional para personas con discapacidad, y en lo pertinente a los servicios de orientación laboral, promoción de oportunidades de empleo, facilidades para su desempeño, colocación y conservación de empleo para personas con discapacidad, aplicando criterios de equidad de género.

Artículo 47.- Inclusión laboral.- La o el empleador público o privado que cuente con un número mínimo de veinticinco (25) trabajadores está obligado a contratar, un mínimo de cuatro por ciento (4%) de personas con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos,

condiciones físicas y aptitudes individuales, procurando los principios de equidad de género y diversidad de discapacidades.

Artículo 48.- Sustitutos.- 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 severa, podrán formar parte del porcentaje de cumplimiento de inclusión laboral, de conformidad con el reglamento.

Artículo 49.- Deducción por inclusión laboral.- Las o los empleadores podrán deducir el ciento cincuenta por ciento (150%) adicional para el cálculo de la base imponible del impuesto a la renta respecto de las remuneraciones y beneficios sociales sobre los que se aporten al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de cada empleado contratado con discapacidad, sustitutos, de las y los trabajadores que tengan cónyuge, pareja en unión de hecho o hijo con discapacidad y que se encuentren bajo su cuidado, siempre que no hayan sido contratados para cumplir con la exigencia del personal mínimo con discapacidad, fijado en el 4%, de conformidad con esta Ley.

Artículo 50.- Mecanismos de selección de empleo.- Las instituciones públicas y privadas están obligadas a adecuar sus requisitos y mecanismos de selección de empleo, para facilitar la participación de las personas con discapacidad, procurando la equidad de género y diversidad de discapacidad. Los servicios de capacitación profesional y más entidades de capacitación deberán incorporar personas con discapacidad a sus programas regulares de formación y capacitación.

Artículo 51.- Estabilidad laboral.- Las personas con discapacidad, deficiencia o condición discapacitante gozarán de estabilidad especial en el trabajo. En el caso de despido injustificado de una persona con discapacidad o de quien tuviere a su cargo la manutención de la persona con discapacidad, deberá ser indemnizada con un valor equivalente a dieciocho (18) meses de la mejor remuneración, adicionalmente de la indemnización legal correspondiente. Las personas que

adquieran una discapacidad en su vida laboral, por caso fortuito o por enfermedad sobreviniente, tienen derecho a su rehabilitación, readaptación, capacitación, reubicación o reinserción, de conformidad con la Ley.

Artículo 52.- Derecho a permiso, tratamiento rehabilitación.- Las personas con discapacidad tendrán derecho a gozar de permiso para tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la prescripción médica debidamente certificada, tanto en el sector público como en el privado, de conformidad con la Ley.

Artículo 53.- Seguimiento y control de la inclusión laboral.- La autoridad nacional encargada de las relaciones laborales realizará seguimientos periódicos de verificación de la plena inclusión laboral de las personas con discapacidad, supervisando el cumplimiento del porcentaje de Ley y las condiciones laborales en las que se desempeñan.

Artículo 54.- Capacitación.- Las instituciones públicas ejecutarán programas gratuitos de manera progresiva y permanente de capacitación dirigidos a las y los servidores públicos a fin de prepararlos y orientarlos en la correcta atención y trato a sus compañeros, colaboradores y usuarios con discapacidad.

SECCIÓN SEXTA

DE LA VIVIENDA

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

Artículo 57.- Crédito para vivienda.- La autoridad nacional encargada de vivienda y los gobiernos autónomos descentralizados prestarán las facilidades en el otorgamiento de créditos para la adquisición, construcción, adecuación o remodelación de la vivienda.

SECCIÓN SÉPTIMA DE LA ACCESIBILIDAD

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.

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.

PARÁGRAFO 1° DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO Y AL TRANSPORTE PÚBLICO Y COMERCIAL

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.

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.

Artículo 62.- Identificación y permiso de circulación de automotores.- La autoridad competente en transporte terrestre, tránsito y seguridad vial emitirá gratuitamente la identificación a los vehículos que se utilicen para la transportación de las personas con discapacidad y llevará un registro numerado de las mismas.

PARÁGRAFO 2°

DE LA ACCESIBILIDAD A LA COMUNICACIÓN

Artículo 63.- Accesibilidad de la comunicación.- El Estado promocionará el uso de la lengua de señas ecuatoriana, el sistema Braille, las ayudas técnicas y tecnológicas, así como los mecanismos, medios y formatos aumentativos y alternativos de comunicación; garantizando la inclusión y participación de las personas con discapacidad en la vida en común.

Artículo 64.- Comunicación audiovisual.- La autoridad nacional encargada de las telecomunicaciones dictará las normas y regulará la implementación de herramientas humanas, técnicas y tecnológicas necesarias en los medios de comunicación audiovisual para que las personas con discapacidad auditiva ejerzan su derecho de acceso a la información.

Artículo 65.- Atención prioritaria en portales web.- Las instituciones públicas y privadas que prestan servicios públicos, incluirán en sus portales web, un enlace de acceso para las personas con discapacidad, de manera que accedan a información y atención especializada y prioritaria, en los términos que establezca el reglamento.

Artículo 66.- Accesibilidad en bibliotecas.- Las bibliotecas públicas y privadas, procurarán incorporar recursos humanos y materiales, infraestructura, apoyos técnicos y tecnologías adecuadas que permitan el acceso de las personas con discapacidad.

Artículo 70.- Lengua de señas.- Se reconoce la lengua de señas ecuatoriana como lengua propia y medio de comunicación de las personas con discapacidad auditiva. Se incorporará progresivamente el servicio de intérpretes de la lengua de señas ecuatoriana en las instituciones públicas, así como la capacitación de las y los servidores públicos en la misma.

SECCIÓN NOVENA

DE LA SEGURIDAD SOCIAL

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.

Artículo 83.- Afiliación voluntaria al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.- El Estado garantizará la accesibilidad de las personas con discapacidad a la afiliación voluntaria, con los mismos servicios y beneficios que la afiliación voluntaria general. Sin requerimiento del examen médico.

Artículo 84.- Pensión por discapacidad permanente total o permanente absoluta.- Las y los afiliados a quienes les sobrevenga una discapacidad permanente total o

permanente absoluta tendrán derecho a la pensión por discapacidad sin requisito mínimo de aportaciones previas. Para el cálculo de la pensión se aplicarán los mínimos, máximos y ajustes periódicos que efectúe el Instituto

Artículo 85.- Jubilación especial por vejez.- Las personas con discapacidad afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que acrediten trescientas (300) aportaciones, sin límite de edad, tendrán derecho a una pensión que será igual al sesenta y ocho punto setenta y cinco por ciento (68.75%) del promedio de los cinco (5) años de mejor remuneración básica unificada de aportación en concordancia con la determinación de mínimos, máximos y ajustes periódicos que efectúe el Instituto

TÍTULO III

SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 88.- Organismos del sistema.- El Sistema Nacional de Protección Integral de las Personas con Discapacidad estará conformado por tres (3) niveles de organismos:

1. Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, encargado de la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de políticas públicas;
2. Defensoría del Pueblo y órganos de la Administración de Justicia, encargados de la protección, defensa y exigibilidad de derechos; y,
3. Organismos de ejecución de políticas, planes, programas y proyectos, tales como autoridades nacionales y gobiernos autónomos descentralizados competentes en diferentes ámbitos y, entidades públicas y privadas de atención para personas con discapacidad.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Los organismos que conforman el sistema de protección integral de las personas con discapacidad establecidos en esta Ley, se regirán por su propia normativa.

SEGUNDA.- Declárese el día tres (3) de diciembre de cada año, como el Día de las Personas con Discapacidad.

TERCERA.- La Asamblea Nacional difundirá la presente Ley mediante el sistema de lectoescritura Braille, libro hablado y disco compacto.

CUARTA.- Para la aplicación de esta Ley, la autoridad nacional competente en finanzas y la autoridad nacional de planificación, adoptarán las medidas necesarias en el ámbito de sus competencias.

QUINTA.- Las operadoras de telefonía móvil crearán planes de trescientos (300) minutos dentro de red, los mismos que podrán ser equivalentes de manera proporcional total o parcial a mensajes de texto por un valor que luego de efectuada la rebaja correspondiente no supere a doce dólares (US\$ 12).

SEXTA.- Se entenderá por "diseño universal" el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.

SÉPTIMA.- Les corresponderá la Licencia Tipo F que establezca la ley de la materia a aquellas personas que conduzcan automotores especiales adaptados de acuerdo a su discapacidad y para aquellos que no requieren adaptación alguna por la condición de discapacidad de la persona. Además, este tipo de licencia les permitirá conducir taxis convencionales, ejecutivos, camionetas livianas o mixtas hasta tres mil quinientos (3500) kilogramos, a quienes luego del curso de

conducción o al momento del canje de licencia estos últimos contaban con licencia profesional.

OCTAVA.- Para el caso de la provincia de Galápagos se aplicará el descuento en la transportación aérea para las personas con discapacidad establecido en esta Ley, sobre el valor establecido en la Disposición General Séptima de la Ley Orgánica de Régimen Especial para la Conservación y Desarrollo Sustentable de la provincia de Galápagos.

NOVENA.- Las prestadoras del servicio de telefonía móvil deberán disponer de equipos especiales para las personas con discapacidad; así como, facilitarán la homologación de los mismos ante la autoridad competente, sin restricción alguna.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo del proyecto se toman en cuenta los tipos de investigación ya que cada uno contiene información valiosa para la amplia recolección de datos.

Una vez estudiados los tipos de investigación se llegó a la conclusión que ésta tesis es descriptiva debido a que describen los hechos como son observados; es correlacional porque estudia las relaciones entre las variables dependientes e independientes y es explicativa ya que buscamos el ¿por qué? de los hechos en las comunidades de “LOMAKUNGA, TOPO, UGSHA Y ANGLA”.

Además es una investigación aplicada debido a que, se desarrolla este proyecto con los conocimientos obtenidos en las intervenciones en la práctica, y con ello traer beneficios a la sociedad; como es el caso específico de las comunidades antes mencionadas.

El Tipo de Estudio realizado según el análisis de los datos es cuantitativo debido a que el producto será una información obtenida en la encuesta aplicada y cualitativa ya que se realiza una descripción y se busca reunir un conocimiento profundo sobre la discapacidad.

La investigación es transversal ya que se realizó en un momento determinado, específicamente en el período comprendido a los meses de febrero a noviembre del 2014, además determina la situación de las variables que se estudian en la población.

3.2. Diseño de estudio

El diseño de investigación es No Experimental y de corte transversal ya que se recolectó toda la información y los datos en un solo momento y tiempo determinado en los meses comprendidos de febrero a junio del 2014.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Maurice, Eyssautier, plantea que “población es un grupo de personas o cosas similares en uno o varios aspectos que forman parte del objeto de estudio.” (p. 204). Entonces se refiere al conjunto para el cual serán validadas las conclusiones que se obtengan, a los elementos o unidades que se refiere la investigación. (Eyssautier, 2003)

Consecuentemente la población escogida para el trabajo serán 3012 sujetos que conforman las comunidades de El topo, Ugsha, Lomakunga y Angla, de la Parroquia de San Pablo del Lago inmersas en la investigación a tratarse ya que por su intermedio se recogerá la información que se requiere.

Tabla 11. Población del estudio realizado.

Comunidades	Población Total	Nº Familias
Ugsha	1200	300
Angla	1000	250
Topo	600	150
Lomakunga	212	53
TOTAL	3012	753

3.3.2. Muestra

Maurice, Eyssautier. Define “como un determinado número de unidades extraídas de una población por medio de un “proceso llamado muestreo” (p.204). Consecuentemente la muestra es un subconjunto representativo de la población.

Entonces se realiza un muestreo por cuotas el cual se basa en escoger los elementos en función de ciertas características de la población de modo tal que se conformen grupos o cuotas correspondientes con cada característica de discapacidades ya sea física, auditiva, visual, intelectual o del lenguaje. (Eyssautier, 2003)

Obteniéndose así un total de 39 personas con discapacidad.

Tabla 12. Población con discapacidad del estudio realizado (Ver gráfico 1)

Comunidad	Población General		Muestra	Porcentaje
	Población total	Nº Familias	Población con discapacidad	
Ugsha	1200	300	3	8%
Angla	1000	250	16	41%
Topo	600	150	16	41%
Lomakunga	212	53	4	10%
TOTAL	3012	753	39	100%

3.4 Identificación de variables

Variable independiente: es aquella cualidad o característica de una realidad o evento, que tiene la capacidad de influir o afectar a otras variables, por lo tanto en nuestra investigación la variable independiente va a ser: (Fueletsz, 2006)

- a) Discapacidad

VARIABLES DEPENDIENTES: son aquellas características o cualidades de una realidad o evento que estamos investigando, las cuales van a depender de nuestra variable independiente (Discapacidad) y entre ellas tenemos: (Fueletelaz, 2006)

- a) Características sociodemográficas
- b) Tipos de discapacidad

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
1. DISCAPACIDAD	1. SOCIO-DEMOGRÁFICAS	1. Género	1. Cantidad de hombres	1. % de hombres	Encuesta
			2. Cantidad de mujeres	2. % de mujeres	
		2. Etnia	3. Cantidad de indígenas	3. % de indígenas	Encuesta
			4. Cantidad de mestizos	4. % de mestizos	
		3. Escolaridad	4. Cantidad en Preescolar	5. % en preescolar	Encuesta
			6. Cantidad en Básica	6. % en educación básica	
			7. Cantidad en Bachillerato	7. % en bachillerato	
			8. Cantidad en Superior	8. % en educación superior	
			9. Cantidad en Postgrado	9. % en postgrado	
		4. Carnet del CONADIS	10. Presenta Carnet del CONADIS (número)	10. Si presenta carnet del CONADIS	Encuesta
			11. No tiene / no sabe el número del Carnet del CONADIS	11. No presenta carnet del CONADIS	

		5. Comunidad	12. Pertenece a Ugsha	12. % pobladores de Ugsha	Encuesta		
			13. Pertenece a Topo	13. % pobladores de Topo			
			14. Pertenece a Lomakunga	14. % pobladores de Lomakunga			
			15. Pertenece a Angla	15. % pobladores de Angla			
		6. Servicios básicos			16. Posee Energía Eléctrica	16. Si / No	Encuesta
					17. Posee Alcantarillado	17. Si / No	
					18. Posee Teléfono	18. Si / No	
					19. Se beneficia de la Recolección de basura	19. Si / No	
20. Se beneficia del Servicio de Agua potable	20. Si / No						
21. Se beneficia de los Servicios del Gobierno	21. Si / No						
22. Se beneficia del Bono de Desarrollo humano	22. Si / No						
23. Se beneficia de la Misión Manuela Espejo	23. Si / No						
24. Se beneficia del Bono Joaquín Gallegos Lara	24. Si / No						
25. Se beneficia de la Vivienda por	24. Si / No						

			discapacidad	25. Si / No	
	2. TIPOS DE DISCAPACIDAD	7. Condiciones de salud que más afectan y cual tiene más prevalencia	26. Sistema nervioso	26. Si / No	Encuesta
			27. Los ojos	27. Si / No	
			28. Los oídos	28. Si / No	
			29. Los demás órganos de los sentidos	29. Si / No	
			30. La voz y el habla	30. Si / No	
			31. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	31. Si / No	
			32. La digestión, metabolismo y las hormonas	32. Si / No	
			33. El sistema genital y reproductivos	33. Si / No	
			34. El movimiento del cuerpo, manos, brazos y pies	34. Si / No	
			35. La piel	35. Si / No	
			36. Otra enfermedad	36. Si / No	
		8. Años que presenta la discapacidad	37. Menores de 10 años	37. % menores de 10 años	Encuesta
			38. De 11 - 30 años	38. % de 11 - 30 años	

			39. De 31 - 50 años	39. % de 31 – 50 años	
			40. Mayores de 51 años	40. % mayores de 51 años	
		9. Origen de la discapacidad	41. Alteración genética / hereditaria	41. Si / No	Encuesta
			42. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	42. Si / No	
			43. Enfermedad profesional	43. Si / No	
			44. Complicaciones en el parto	44. Si / No	
		10. Discapacidad y atención de Salud	45. Familiares con discapacidad	45. Si / No	Encuesta
			46. Diagnóstico oportuno	46. Si / No	
			47. Atención general en salud (último año)	47. Si / No	
			48. Utiliza ayudas especiales, prótesis o medicamentos	48. Si / No	
			49. Ayuda permanente de otra persona	49. Si / No	
		50. Asiste a rehabilitación	50. Si / No		
		11. Por qué no recibe rehabilitación	51. No sabe	51. % no sabe	Encuesta
			52. Falta de dinero	52. % con falta de dinero	
			53. Cree q no lo necesita	53. % no lo necesita	
			54. Si asiste a	54. % que asiste a	

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
1. DISCAPACIDAD	2. SOCIODEMOGRÁFICAS	5. Género	rehabilitación	rehabilitación	Encuesta
			5. Cantidad de hombres	5. % de hombres	
		6. Etnia	6. Cantidad de mujeres	6. % de mujeres	Encuesta
			7. Cantidad de indígenas	7. % de indígenas	
		7. Escolaridad	8. Cantidad de mestizos	4. % de mestizos	Encuesta
			8. Cantidad en Preescolar	10. % en preescolar	
			11. Cantidad en Básica	6. % en educación básica	
			12. Cantidad en Bachillerato	7. % en bachillerato	
			13. Cantidad en Superior	8. % en educación superior	
		8. Carnet del CONADIS	14. Cantidad en Postgrado	9. % en postgrado	Encuesta
			12. Presenta Carnet del CONADIS (número)	10. Si presenta carnet del CONADIS	
		6. Comunidad	13. No tiene / no sabe el número del Carnet del CONADIS	11. No presenta carnet del CONADIS	Encuesta
			16. Pertenece a Ugsha	12. % pobladores de Ugsha	
				17. Pertenece a Topo	13. % pobladores

				de Topo	
			18. Pertenece a Lomakunga	14. % pobladores de Lomakunga	
			19. Pertenece a Angla	15. % pobladores de Angla	
		7. Servicios básicos	26. Posee Energía Eléctrica	16. Si / No	Encuesta
			27. Posee Alcantarillado	17. Si / No	
			28. Posee Teléfono	18. Si / No	
			29. Se beneficia de la Recolección de basura	19. Si / No	
			30. Se beneficia del Servicio de Agua potable	20. Si / No	
			31. Se beneficia de los Servicios del Gobierno	21. Si / No	
			32. Se beneficia del Bono de Desarrollo humano	22. Si / No	
			33. Se beneficia de la Misión Manuela Espejo	23. Si / No	
			34. Se beneficia del Bono Joaquín Gallegos Lara	24. Si / No	
			35. Se beneficia de la Vivienda por discapacidad	25. Si / No	

2. TIPOS DE DISCAPACIDAD	8. Condiciones de salud que más afectan y cual tiene más prevalencia	26. Sistema nervioso 27. Los ojos 28. Los oídos 29. Los demás órganos de los sentidos 30. La voz y el habla 31. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas 32. La digestión, metabolismo y las hormonas 33. El sistema genital y reproductivos 34. El movimiento del cuerpo, manos, brazos y pies 35. La piel 36. Otra enfermedad	26. Si / No 27. Si / No 28. Si / No 29. Si / No 30. Si / No 31. Si / No 32. Si / No 33. Si / No 34. Si / No 35. Si / No 36. Si / No	Encuesta
	8. Años que presenta la discapacidad	37. Menores de 10 años	37. % menores de 10 años	Encuesta
		38. De 11 - 30 años	38. % de 11 - 30 años	
		39. De 31 - 50 años	39. % de 31 - 50 años	
		40. Mayores de 51 años	40. % mayores de 51 años	
9. Origen de la discapacidad	41. Alteración genética / hereditaria	41. Si / No	Encuesta	
	42. Condiciones de salud de la madre durante el	42. Si / No		

			embarazo		
			43. Enfermedad profesional	43. Si / No	
			44. Complicaciones en el parto	44. Si / No	
		10. Discapacidad y atención de Salud	45. Familiares con discapacidad	45. Si / No	Encuesta
			46. Diagnóstico oportuno	46. Si / No	
			47. Atención general en salud (último año)	47. Si / No	
			48. Utiliza ayudas especiales, prótesis o medicamentos	48. Si / No	
			49. Ayuda permanente de otra persona	49. Si / No	
			50. Asiste a rehabilitación	50. Si / No	
		11. Por qué no recibe rehabilitación	51. No sabe	51. % no sabe	Encuesta
			52. Falta de dinero	52. % con falta de dinero	
			53. Cree q no lo necesita	53. % no lo necesita	
			54. Si asiste a rehabilitación	54. % que asiste a rehabilitación	

3.6 Métodos y técnicas de recolección de datos

3.6.1 Métodos teóricos

3.6.1.1 Revisión bibliográfica

Para Sampieri consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria para la investigación”. Para nuestro trabajo se buscaron libros referentes a la Discapacidad de donde se pudo obtener la información necesaria para poder realizar los capítulos anteriores de nuestra tesis. (Hernández Sampieri, 2006)

3.6.1.2 Análisis del contenido

Una vez hecha la revisión bibliográfica se realizó el análisis del contenido ya que este se lo realizo obteniendo así lo más relevante de las fuentes primarias y secundarias de información. (Hernández Sampieri, 2006)

3.6.1.3 Histórico lógico

Se hizo un recuento de la historia de la Discapacidad y como fue evolucionando desde tiempos antiguos todo esto basándose en los diferentes tipos de información que se obtuvo ya sea de las fuentes primarias, secundarias y terciarias, así poder hacer un recuento sobre el tema a investigar. (Hernández Sampieri, 2006)

3.6.1.4 Análisis y síntesis

Después de haber obtenido toda la información que se va a ocupar en nuestra investigación se realizó la síntesis con todos los puntos más relevantes que se obtuvieron de la información; así como también se seleccionó todo lo que es referente a la Discapacidad, sus tipos conceptos, etc.; para poder culminar con la investigación. (Hernández Sampieri, 2006)

3.6.2 Métodos empíricos

3.6.2.1 Observación (Directa)

(Sampieri) se trata de una técnica de recolección de datos, denominada también observación de campo, observación participante cuyos propósitos son: explorar, describir y comprender procesos. Para ello se realizó una Guía de Observación la cual consta en el Anexo N° 3 (ver anexos). Para realizar este proyecto investigativo se tomó en cuenta varias fases siendo una de ellas la observación y reconocimiento de las comunidades asignadas que en nuestro caso se ubicaron en la parroquia de San Pablo del Lago. Nos dirigimos hacia la parroquia asignada recibiendo la bienvenida del señor Fausto Proaño, Presidente del Gobierno Parroquial de San Pablo del Lago a quién se le informó sobre nuestro proyecto investigativo y de tal manera el autorizo el ingreso a sus comunidades; él junto a su secretario el señor Xavier León nos supieron informar sobre la localización de las comunidades Lomakunga, Angla, Ugsha y El Topo y como podíamos tener acceso hacia ellas. En la Junta parroquial también obtuvimos la ayuda del Licenciado Mauricio Martínez, Teniente Político quién nos ayudó con el número de pobladores del sector. Se realizó el reconocimiento de las comunidades y se conoció a que distancia se encuentran y como se puede llegar a ellas. (Hernández Sampieri, 2006)

3.6.2.2 Encuesta

Es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos de información por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno o controla el proceso que está en observación”. Entonces realizamos una encuesta la cual no permitió recolectar los datos de la población a investigar ya que con ello pudimos obtener nuestra muestra con la cual se trabajó nuestra investigación. (Hernández Sampieri, 2006)

Para obtener la recolección de la información se aplicó una encuesta validada por la Asociación de Fisioterapeutas Colombianos la cual fue adaptada a las condiciones reales de nuestras comunidades, se puso en manifiesto a través de la aplicación “ODK Collect”. Para poder realizar este procedimiento nos dirigimos a cada comunidad 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.

Una vez ubicadas las personas con discapacidad se procedió a realizar la georeferenciación 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.

3.6.3 Métodos estadísticos

Estadística inferencial utilizando como técnicas:

3.6.3.1 Microsoft Excel

Es la aplicación estándar del paquete Microsoft office 207 en el tratamiento de datos numéricos, financieros y estadísticos. La base de datos se la realizo en este programa en una hoja de cálculo en la cual constaban todas las preguntas de la encuesta ya que se la transformo a este formato. (Ferreiro, 2010)

3.6.3.2 Epi Info

Provee un módulo de aplicaciones especiales (útiles) para visualizar, editar y comparar las tablas de bases de datos. Una vez realizada la base de datos en Microsoft Excel se la combinó a el programa Epi Info para poder obtener una base de datos completa con todos los datos de todos los grupos que forman el proyecto y esta llevo a ser una base de datos definitiva para nuestra investigación. (Suárez, 2004)

3.6.4 Registro y procesamiento de datos

También se procedió a realizar las prevalencias de las discapacidades; tomando en cuenta sólo aquellas que tienen porcentajes elevados. Mismas que se realizaron con la siguiente fórmula: (León, 2010)

$$Prevalencia = \frac{\# \text{ de casos}}{\text{población total}} \times 100$$

3.6.5 Plan de análisis de datos

Con los resultados se realizaron tablas univariadas y bivariadas. Y se realizó los respectivos análisis de las diferentes tablas.

3.6.6 Elaboración del informe final

Una vez obtenida toda la información se realizó el respectivo informe para la entrega del macroproyecto.

3.7 Validez y confiabilidad de la investigación

La encuesta utilizada en el estudio está basada en la herramienta denominada: “Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad del Plan Nacional de Atención a las personas con Discapacidad de la 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

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Una vez que se recolecta toda la información, se puede iniciar la etapa de procesamiento cuyo fin es: reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información. Consiste en procesar los datos obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo y generar resultados a partir de los cuales se realizará el análisis. (Bernal, 2006)

Tabla 13. Número de personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

Barrio o comunidad	N°	%
Angla	16	41
El Topo	16	41
Lomakunga	4	10
Ugsha	3	8

(Ver gráficos 4, 5).

En la Tabla 13 se observa que existe una equidad de personas con discapacidad en las comunidades de Angla y El Topo (41 %); seguidos con porcentajes mínimos por las comunidades de Lomakunga y Ugsha (10 y 8 % respectivamente).

Tabla 14. Número de personas con Discapacidad de acuerdo a la etnia de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

Etnia	N°	%
Indígena	38	97
Mestizo	1	3

Ver gráfico 6

En la tabla N° 14 logramos observar que en cuanto a la etnia el mayor porcentaje de las personas con discapacidad es indígena (97 %) y solamente el 3% es mestizo.

Tabla 15. Número de personas con Discapacidad de acuerdo al género de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

Genero	N°	%
Femenino	21	54
Masculino	18	46

Ver gráfico 7

Dentro del género en la tabla N° 15 encontramos que la mayoría de personas con discapacidad pertenecen al sexo femenino (54 %) seguido por sexo masculino (46%).

Tabla 16. Número de personas con Discapacidad de acuerdo al nivel de escolaridad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014

Nivel de escolaridad	N°	%
Básico	3	7,7
Ninguno	27	69,2
Preescolar	9	23,1

Ver gráfico 8

Encontramos en la tabla N° 16 que el nivel de escolaridad es muy bajo en estas comunidades ya que un alto porcentaje (69 %) no tiene ningún nivel de escolaridad, mientras que un 23% ha culminado la etapa preescolar y solo un 8% concluyó la educación básica.

Tabla 17. Servicios básicos de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014

Agua potable	N°	%	Recolección de basura	N°	%
No	27	69,2	No	14	35,9
Si	12	30,8	Si	25	64,1
Alcantarillado	N°	%	Teléfono	N°	%
No	38	97,4	No	30	76,9
Si	1	2,6	Si	9	23,1
Energía Eléctrica	N°	%			
No	3	7,7			
Si	36	92,3			

Ver gráfico 9

En la Tabla 17 analizamos los servicios básicos de las personas con Discapacidad así; el menor porcentaje (30,8 %) de los encuestados no poseen agua potable mientras que un 69,2% si la poseen; al igual que el alcantarillado la mayoría (97,4

) no lo posee mientras q la minoría (2,6 %) si cuenta con él. En cuanto a la Energía Eléctrica un menor porcentaje (7,7 %) no la tiene y un 92,3% si tienen. Un 25% se benefician de la recolección de la basura y un 14% no lo hacen. Por último un 76.9 % poseen teléfono y un 23,1 no lo hacen.

Tabla 18. Beneficiarios de los Servicios del Gobierno de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014

Recibe algún servicio del Gobierno	N°	%	Misión Manuela Espejo	N°	%
No	10	25,6	No	34	87,2
Si	29	74,4	Si	5	12,8
Bono de desarrollo humano	N°	%	Vivienda por discapacidad	N°	%
No	12	30,8	No	37	94,9
Si	27	69,2	Si	2	5,1
Bono Joaquín Gallegos	N°	%	Carnet del CONADIS	N°	%
No	38	97,4	No tiene o No sabe	25	64.1
Si	1	2,6	si tiene	14	35.9

Ver gráfico 10

En la Tabla 18 se identifica que de las 39 personas con discapacidad un 74,4% son beneficiadas por algún servicio del Gobierno y sólo un 25,6% no reciben éste beneficio. La mayoría (69,2 %) reciben ayuda con el Bono de Desarrollo humano y el 30,8% no lo reciben. En cuanto al Bono Joaquín Gallegos el mayor porcentaje (97,4 %) no lo obtienen y apenas el 2.6% lo obtienen. Dentro de la Misión Manuela Espejo el 12,8% son beneficiarios y 87,2% no se favorecen. Al igual que en las anteriores servicios son pocas las personas que se han ayudado con la vivienda por discapacidad con un 5,1% y el porcentaje restante (94,9 %) no lo han hecho. Mientras que en el Carnet del CONADIS el 64,1% no lo poseen y el 35,9 si lo han adquirido.

Tabla 19. Afección de los diferentes órganos y sistemas en las discapacidades de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

La digestión, el metabolismo, las hormonas	N°	%	El sistema genital y reproductivo	N°	%
No	37	94,90	No	37	94,90
Si	2	5,10	Si	2	5,10
La voz y el habla	N°	%	El sistema nervioso	N°	%
No	21	53,80	No	28	71,80
Si	18	46,20	Si	11	28,20
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	N°	%	Los oídos	N°	%
No	38	97,40	No	19	48,70
Si	1	2,60	Si	20	51,30
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	N°	%	Los ojos	N°	%
No	21	53,80	No	30	76,90
Si	18	46,20	Si	9	23,10
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	N°	%	Otra enfermedad	N°	%
No	35	89,70	No	38	97,40
Si	4	10,30	Si	1	2,60

Ver gráfico 11

En la tabla 19 se observó el porcentaje en que se encuentran afectados los diferentes órganos y sistemas de acuerdo a las discapacidades encontradas siendo los oídos el de mayor prevalencia con un 51,30% seguido por el movimiento del cuerpo, manos, brazos y pies al igual que la voz y el habla con un 46,20% de afección.

Tabla 20. Antecedentes de la condición de salud de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

Tiempo que presenta la condición de salud	N°	%
<10 años	14	35,9
>51 años	9	23,1
11-30 años	14	35,9
31-50 años	2	5,1
Diagnóstico oportuno	N°	%
No	30	76,9
Si	9	23,1
Conoce sobre el origen de la discapacidad	N°	%
No	33	84,6
Si	6	15,4
La discapacidad es consecuencia de:	N°	%
Alteración genética, hereditaria	3	7,7
Complicaciones en el parto	3	7,7
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	3	7,7
Enfermedad profesional	1	2,6
No sabe	29	74,4

Ver gráficos 12, 13 y 14.

En la tabla número 20 se identificó que las personas con discapacidad presentan esta condición de salud en un período <10 y de 11-30 años con un 35,90% cada uno. Además únicamente el 23,1 presentó un diagnóstico oportuno. Y solamente en 15,4% conoce sobre el origen de su discapacidad.

Tabla 21. Atención general de salud, ayuda de otras personas y rehabilitación de las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

Atención general en salud, en el último año	N°	%
No	19	48,7
Si	20	51,3
Ayuda permanente de otra persona	N°	%
No	28	71,8
Si	11	28,2
Asistencia al servicio de rehabilitación	N°	%
No	37	94,9
Si	2	5,1

Ver gráfico 15

En la tabla número 21 se analizó que un 51,3% recibió atención general en salud el último año; además que sólo un 28,2% de los discapacitados necesitan de ayuda permanente para realizar sus actividades. A penas el 5,2% asisten al servicio de rehabilitación.

Tabla 22. Razones por las que no asisten al servicio de rehabilitación las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?	N°	%
Cree que ya no lo necesita	2	5,1
Falta de dinero	7	17,9
No le gusta	1	2,6
No sabe	22	56,4
Otras	3	7,7
Si asiste a rehabilitación	3	7,7
Ya terminó la rehabilitación	1	2,6

Ver gráfico 16

En la tabla 22 se identificó que un gran porcentaje 56,4% de las personas con discapacidad no saben las razones por las cuales no asisten al servicio de rehabilitación y un 17,9% no recibe rehabilitación por la falta de dinero.

Tabla 23. Condición actual de las personas con Discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014.

¿Utiliza actualmente ayudas especiales?	N°	%
No	34	87.2
Si	5	12.8
Familiares con discapacidad	N°	%
No	16	41.0
No sabe	9	23.1
Si	14	35.9

Ver gráfico 17

En la tabla número 23 encontramos que un 12,8% de las personas con discapacidad utiliza actualmente ayudas especiales mientras que el porcentaje restante (87,2%) no lo hace. Además un 41,% de los encuestados no tiene familiares con discapacidad, el 35,9% si presenta familiares con discapacidad y el porcentaje restante (23,1%) no lo sabe.

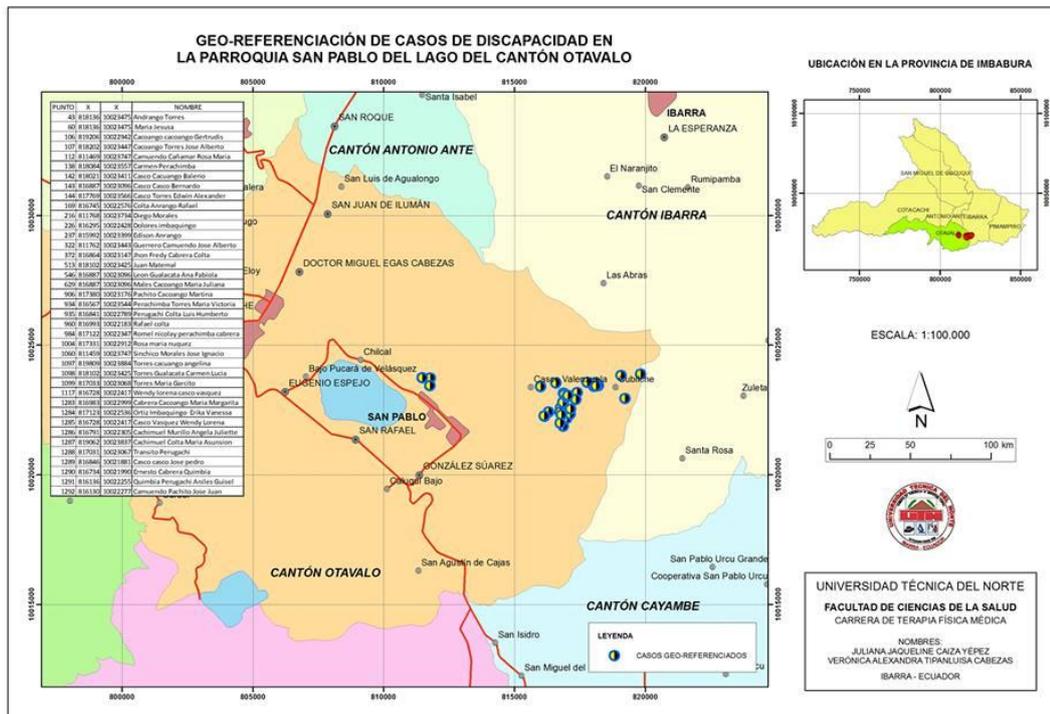
Tabla 24. Tipo de discapacidad de acuerdo a los órganos o funciones afectadas de las personas con discapacidad de las comunidades de Angla, Topo, Lomakunga y Ugsha. Otavalo 2014. n=39

¿Cuál es la que más le afecta?	N°	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	8	20.5
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	2	5.1
El sistema nervioso	3	7.7
La voz y el habla	10	25.6
Los oídos	12	30.8
Los ojos	4	10.3

Ver gráfico 18

En la tabla 24 se denotó el tipo de discapacidad que tienen de acuerdo a los órganos y funciones que se encuentran afectadas así: los oídos se encuentran afectados en un 30,8% (Discapacidad auditiva); la voz y el habla están afectados en un 26,6% (Discapacidad del lenguaje); el movimiento del cuerpo en un 20,5% (Discapacidad Física).

Ilustración 1 MAPA DE LA PARROQUIA DE SAN PABLO DEL LAGO CON LA UBICACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



4.2 Discusión de resultados

La problemática de la discapacidad en el Ecuador es uno de los temas que se priorizó en la Vicepresidencia del Dr. Lenin Moreno con la creación de Proyectos tales como: La Fundación “Misión Manuela Espejo”, y el Bono de Desarrollo Humano “Joaquín Gallegos Lara”, permitiendo obtener un mejor nivel de vida de las personas con discapacidad al igual que el reconocimiento de sus derechos en la sociedad.

Según el registro del CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES (CONADIS), 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 sufren de alguna enfermedad adquirida, 115.647 son 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. Si tomamos en cuenta el género, se puede apreciar que 201.946 son hombres y 159.541 son mujeres con este tipo de afección.

De acuerdo a la encuesta que se realizó a las personas que presentaban algún tipo de discapacidad, se encontró ecuanimidad entre las comunidades de Angla y El Topo con 41,0%. De acuerdo a la etnia la que tuvo mayor porcentaje fue la indígena con 94,4% de personas con discapacidad, seguido solamente del 2,6% de mestizas, las cuales el 53,8% es de sexo femenino y 46,2% es masculino; cabe destacar que el nivel de escolaridad es muy bajo ya que las comunidades son muy alejadas de la ciudad y no disponen de tantos centros educativos a los que las personas puedan asistir y las pocas que existen no presentan las adecuaciones necesarias para las personas con discapacidad, lo que se les imposibilita la educación a este grupo de personas.

En cuanto a los servicios básicos, la mayoría de las personas con discapacidad no cuentan con todos éstos, dividiéndose así: el alcantarillado el 97,4% no lo poseen, en lo que se refiere al agua potable: sólo el 30,8% no tiene este servicio básico ya sea por la lejanía en la que se encuentran o porque estas personas son de una edad avanzada y no tienen ayuda de nadie para poder hacer los trámites ante las autoridades en busca de los servicios requeridos. Otro impedimento es que además estas personas no disponen de ingresos económicos suficientes para poderlos pagar, sintiéndose imposibilitados de acceder a los mismos.

De las personas encuestadas que presentan algún tipo de discapacidad, la mayoría de ellas no recibe ningún servicio del gobierno ya sea por la falta de información de los diferentes beneficios que presta la entidad gubernamental a dichas personas o por los lugares que son inaccesibles. En cuanto a las personas que reciben el bono de desarrollo humano tenemos un 69,2%; el bono Joaquín Gallegos apenas lo recibe el 2,6% y dentro de la Misión Manuela Espejo el 12,8% han sido beneficiarios; al igual que todo lo expuesto anteriormente son pocas las

personas que se han ayudado con las viviendas por discapacidad y mientras que el carné del CONADIS solo lo obtuvieron el 35,9%. Para poder obtener estas ayudas del gobierno las personas deberían ser informadas acerca de estos proyectos debido a que la mayoría de las poblaciones de los sectores rurales más alejados de los pueblos no dan mucha apertura a las personas que les llevan ayudas ya que en muchos de los casos solo se les han sido ofertas, pero no se ha concretado las ayudas, es por esta razón que muchas de las personas encuestadas no querían participar en nuestro proyecto.

En lo relacionado a los problemas funcionales, se obtuvo un porcentaje significativo en problemas del oído, indicándonos que hay una mayor prevalencia en deficiencia auditiva, hecho que afecta directamente a la comunicación del individuo, transformándose éstos en dos problemas relevantes.

Muchas de estas personas presentan esta condición alrededor de 11 a 30 años las cuales no se diagnosticaron en un tiempo oportuno por lo que nos da como resultado que muy pocas de estas personas saben el origen de su discapacidad.

En el último año gracias a las ayudas prestadas por el Ministerio de Salud el 51,3% de las personas con discapacidad han recibido atención medica; por su condición el 28,2% requieren ayuda permanente; éstas personas necesitan de algún familiar amigo o algún pariente cercano el cual pueda asistirlos para que puedan realizar sus actividades de la vida cotidiana y por falta de éstas ayudas a penas el 5,2% de las personas asisten al servicio de rehabilitación; además los sitios en donde las personas encuestadas viven son muy alejados de la ciudad y en las comunidades no cuentan con los servicios de rehabilitación para que puedan seguir con el tratamiento requerido. La falta de información, acerca de los programas de rehabilitación hace que las personas de las comunidades no sepan de los tratamientos que deben realizarse de acuerdo a su condición; mientras que las pocas personas que lo reciben no lo hacen constantemente por sus bajos ingresos económicos.

En el Censo General de Discapacidades que se realizó en Colombia en el año 2005 se obtuvieron datos muy relevantes que nos ayudan para realizar un análisis comparativo en base a nuestra investigación; por lo tanto:

De acuerdo a las estadísticas de los estudios sobre la situación de discapacidad en Colombia y en comparación con nuestro estudio podemos llegar a la conclusión que la presencia y severidad de la discapacidad juegan un papel importante en diversas condicionantes sociales.

Según los tipos de discapacidad, se encontró que en nuestro estudio el mayor porcentaje lo ocupa la discapacidad física con un 33%; mientras que en Colombia la prevalencia se halla en la discapacidad visual con un 39,5%. En ambos estudios el segundo lugar lo ocupa la discapacidad auditiva con un 28% y un 28,5% en San Pablo (Ecuador) y Colombia respectivamente.

En nuestra investigación se encontró que las discapacidades con menor prevalencia son: la discapacidad del habla (26%) y la discapacidad visual (13%); dado que en el estudio realizado en Colombia las discapacidades de menor prevalencia son la discapacidad física y cognitiva con un 20% y 19% respectivamente. En base al género se descubrió que en Colombia existe una equidad proporcional para ambos sexos; entretanto en nuestra investigación existe una ligera diferencia presentándose un 54% para el sexo femenino y un 46% para el sexo masculino. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2006)

Concluimos expresando que el tema de rehabilitación es de escaso conocimiento en nuestra población, sobre todo en el sector rural, donde las personas a pesar de su condición, no lo miran como un problema de salud prioritaria; queda un largo camino por recorrer hasta que la gente adquiera la cultura de rehabilitarse.

4.3 Respuestas a las preguntas de investigación

- **¿Cuáles son los tipos de discapacidades se encuentran en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Topo Y Angla de la parroquia de San Pablo del Lago?**

Al realizar el Proyecto de Discapacidad en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Angla y El Topo mediante un censo de Discapacidad el cual se lo efectuó a las personas que presentaban alguna discapacidad de esta manera se obtuvo los datos de las personas y cuál es el tipo de problema con mayor incidencia que presentan siendo así que las discapacidades se encontraron son:

- a. Discapacidad auditiva
- b. Discapacidad visual
- c. Discapacidad en el lenguaje
- d. Discapacidades físicas

- **¿Cuál es el tipo de discapacidad que predomina en las comunidades asignadas?**

De acuerdo a las encuestas que se realizó pudimos observar que la discapacidad que predomina en nuestras comunidades de estudio es la discapacidad física con un 33%

- **¿Cómo establecer las características sociodemográficas de la población en estudio?**

Las características sociodemográficas de las personas con discapacidad encuestadas las logramos establecer gracias a la encuesta realizada en

nuestro censo en las comunidades de Lomakunga, Ugsha, Angla y El Topo; por lo tanto se pudo obtener un dato preciso de las condiciones generales de nuestros encuestados en las diferentes comunidades.

4.4 Conclusiones

1. A lo largo de la siguiente investigación que se realizó en las comunidades de: Lomakunga, Ugsha, Topo y Angla se encontró a 39 personas con discapacidad de las cuales el 33% corresponden a discapacidades físicas; seguidas de un 28% de discapacidad auditiva, el 26% a la discapacidad del lenguaje; y un 13% de personas con discapacidad visual.
2. Al finalizar la investigación se pudo establecer que la discapacidad con mayor prevalencia es la discapacidad física con equivalente a 33%.
3. Las características sociodemográficas establecidas en esta investigación que se llevó a cabo en el sector rural de San Pablo del Lago donde sus habitantes que tiene mayor incidencia de discapacidad se encuentran en Angla y El Topo con un 41% de la población; en cuanto a su etnia el mayor porcentaje con un valor de 97% se encontró en la personas que se consideran Indígenas ; predominando el sexo Femenino con su equivalente del 54% y por último el 69% de las personas con discapacidad no cursaron ningún tipo de escolaridad su nivel de escolaridad fue ninguno.

4.5 Recomendaciones

1. Una vez finalizado nuestro macro proyecto, es menester investigar sobre temas que puedan ser útiles en las investigaciones posteriores o los grupo siguientes para que puedan avanzar de una manera eficiente y eficaz.

2. Ya que este macro proyecto esta designado para efectuarse por un largo tiempo, es necesario tener una guía de actividades a realizar de acuerdo a las diferentes etapas del proyecto.

3. Que las personas que tienen que realizar las actividades que continúan con este proyecto lleguen a cumplirlas en su totalidad para poder alcanzar el objetivo propuesto por la Carrera y que el proyecto sea real ya que las bases que se dejan van a ser de mucha utilidad para su desarrollo.

Bibliografía

1. Aguado, A., & Alcedo, M. (2002). Las personas con discapacidad física. Madrid: Siglo XXI.
2. Amate, A. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber . Washington D.C : Publicación Científica y Técnica .
3. Anónimo. (2005). Manual de clasificación y reglas deportivas. Madrid: FEDPC.
4. Arcas, M., Naranjo, A., & Ponce, E. (2012). Deficientes mótricos I: espina bífida. Málaga.
5. Asamblea, N. (2008). Constitución del Ecuador. Montecristi.
6. Barraga, N. (2012). Desarrollo senso-perceptivo . Córdoba - Argentina : FUNDESFORSA.
7. Basil, C., Bolea, E., & Soro - Camats, E. (2012). La discapacidad motriz. Barcelona: Ediciones UOC.
8. Bautista, R. (2012). Necesidades educativas especiales. Málaga .
9. Bernal, C. (2006). Metodología de la Investigación . España : Editorial EDIDE .
10. Bonany, T. (2001). descripción y análisis de la discapacidad psíquica. Definición, concepto, clasificación y características. Barcelona : Paidotribo .
11. Brogna, P. (2012). Visiones y revisiones de la discapacidad . México, D.F.
12. Bueno, M., & Ruiz, F. (2012). Visión subnormal. Málaga.
13. Castro, P. (2012). Los héroes olvidados. El deporte en los minusválidos físicos . Oviedo : Servicio Publicaciones de la Universidad de Oviedo .
14. Cazar, R. (2012). Publicaciones Quito. Recuperado el Mayo de 2014, de http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm
15. Chan, M. Z. (2013). OMS. Recuperado el Mayo de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/index9.html>

16. Chan, M., & Zoellick, R. (2011). OMS. Recuperado el Mayo de 2014, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
17. Chaveleraud, J. (2012). Ojo y deporte . Barcelona : Masson .
18. CONADIS. (Mayo de 2013). Estadísticas - personas con discapacidades . Registro Nacional de Discapacidades . Quito, Pichincha, Ecuador .
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2006). Censo General de Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes. Bogotá D.C.
20. Diario La Hora. (01 de Marzo de 2006). Analizaron la discapacidad en Imbabura. La Hora.
21. Diario La Hora. (03 de Diciembre de 2013). www.lahora.com.ec. Recuperado el Mayo de 2014, de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101601307/-1/En_Ecuador_hay_361.487_personas_con_discapacidad_la_mayor%20%20%ADa_en_las_p
22. Eyssautier, M. (2003). Nueva guía para la Investigación Científica . México D.F.: Planeta, sere Ariel .
23. Ferreiro, M. (2010). Ideas propias . Editorial S.L .
24. Fuetelsaz, C. I. (2006). Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona : Ediciones Universitat .
25. Gallardo, M., & Salvador, M. (2012). Discapacidad motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga.
26. Gomendio, M. (2000). Educación física para la integración de niños con necesidades educativas especiales. Madrid.
27. Hans, M. (s.f.).
28. Hernández Sampieri, C. (2006). Metodología de la Investigación . México : Ed. Mac Graw .
29. León, O. M. (2010). Metodología de la Investigación. México: Limusa .
30. Leonhardt, M. (2012). Escala de desarrollo del niño ciego de 0 a 2 años. Madrid: ONCE.
31. Lewis, V. (2012). Desarrollo y déficit. Ceguera, sordera, déficit motor, síndrome de Dow, autismo. Barcelona : Paidós-MEC.

32. Lindemann, J. (2000). Lesión de la Médula Espinal . Nueva York : Plenum Press .
33. Loovis, E. (2005). Discapacidades Conductuales . Winnick.
34. López Franco, A. (2004). Actividades físico-deportivas con colectivos especiales. Sevilla .
35. Martínez, E. (2007). San Pablo del Lago . San Pablo del Lago , 5- 24.
36. Molina, S. (2012). Deficiencia mental, Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga .
37. Palastanga, N. (2000). Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento. Barcelona : Paidotribo .
38. Pelechano, V. (2002). Las personas con deficiencias visuales . Madrid: Siglo XXI de España .
39. Picq, L. V. (2012). Educación psicomotriz y retraso mental . Barcelona : Científico Médica .
40. Porreta, D. (2005). Parálisis cerebral, lesión cerebral traumática, y los accidentes cerebro vasculares . Winnick.
41. Potosí, F. P. (2013). Estudio de la Actividad física en personas con discapacidad y su relación con la calidad de vida del CONADIS de la ciudad de Ibarra en el año 2012-2013. Ibarra - Ecuador .
42. Puigdemívol, I. (2012). La Educación Especial en la escuela integrada. Una perspectiva desde la diversidad. Barcelona : Graó .
43. Ríos, M. (2013). Manual de educación física adaptada al alumno con discapacidades. Badalona: Paidotribo .
44. Sanchez Asín, A. (2012). Necesidades educativas e intervención psicopedagógica . Barcelona: PPU.
45. Sanz, D. R. (2012). Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad . Badalona - España : Paidotribo.
46. Suárez, E. (2004). Epi - Info . La Editorial, UPR.
47. Toro, S. (2012). Motricidad y deficiencia visual. Málaga, Aljibe.
48. Toro, S., & Zarco, J. (2012). Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad. Badalona - España: Paidotribo.

49. Torres, S., Rodríguez, J., Santana, R., & y González, A. (2012). Deficiencia auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga.
50. Valdospinos Rubio, M. (2007). Recopilación de fechas históricas. San Pablo del Lago, 5.
51. Valdospinos Rubio, M. S. (s.f). Recopilación de fechas históricas. Monografía de San Pablo. San Pablo del Lago , 5.
52. Valmaseda, M. (2002). Las personas con deficiencia auditiva . Madrid: Siglo XXI.
53. Vázquez, A. (2006). OMS. Recuperado el Mayo de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
54. Verdugo, M. (2002). Las personas con retraso mental. Madrid: Aiglo XXI.
55. Yanci, J., & Santalla, A. (2003). Estudio de la participación de deportists españoles con parálisis cerebral en competiciones internacionales; atención a la clase funcional. Mendoza.

ANEXOS

Anexo 1. Glosario de términos

Acondroplasia: forma de enanismo congénito que se caracteriza por la falta de desarrollo longitudinal de los huesos largos debido a la mala osificación de los cartílagos

Acromatopsia: es una enfermedad congénita y no progresiva que consiste en una anomalía de la visión a consecuencia de la cual sólo son percibidos los colores blanco y negro

Adiadocinesias: refiere a la incapacidad de efectuar movimientos opuestos rápidos y de forma repetitiva; es la falta de coordinación de los movimientos corporales.

Afaquia: se utiliza en medicina para designar la ausencia de cristalino en el ojo

Ambliope: es una disminución de la agudeza visual sin que exista ninguna lesión orgánica que la justifique

Aniridia: es una enfermedad del ojo, bilateral y poco frecuente. Si bien aniridia significa ausencia de iris, siempre existe un iris rudimentario.

Anoxias: Falta de oxígeno en la sangre, en las células o en los tejidos corporales

Anquilosamiento: Disminución o pérdida de la movilidad en una articulación

Ataxia: Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos musculares voluntarios

Cerumen: es una sustancia amarillenta y cerosa secretada en el conducto auditivo humano y en el de muchos otros mamíferos.

Coloboma: es un defecto congénito, presente desde el nacimiento, del iris del ojo que se describe como un orificio, fisura o hendidura.

Coriorretinitis: La coriorretinitis es una enfermedad ocular que se caracteriza por la inflamación de la coroides y la retina.

Decibelios: es la unidad relativa empleada en acústica, electricidad, telecomunicaciones y otras especialidades para expresar la relación entre dos magnitudes: la magnitud que se estudia y una magnitud de referencia.

Deficiencia: anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

Detrimento: Daño moral o material

Discapacidad: es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente

Epígrafes: Resumen que precede a cada uno de los capítulos o secciones de una obra. Título, rótulo que encabeza un capítulo o cualquier subdivisión de un escrito

Espasmos: Contracción involuntaria de los músculos, causada generalmente por un mecanismo reflejo

Esquizofrenia: Grupo de enfermedades mentales que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas, un desdoblamiento de la personalidad y las alucinaciones

Estrabismo: es la desviación del alineamiento de un ojo en relación al otro, impidiendo la fijación bifoveolar.

Feedback: Retroalimentación, conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por este para cambiar o modificar su mensaje

Fenilcetonuria: Anomalía hereditaria que consiste en la alteración del metabolismo de la fenilalanina, que puede provocar retraso en el desarrollo y deficiencia mental.

Fonéticos: es el estudio de los sonidos físicos del discurso humano. Es la rama de la lingüística que estudia la producción y percepción de los sonidos de una lengua con respecto a sus manifestaciones física

Fóvea: Porción pequeña de la retina de los primates, carente de bastones y con gran cantidad de conos, que constituye el punto de máxima agudeza visual.

Hipoacusia: es la pérdida parcial de la capacidad auditiva.

Huasipungos: Terreno de una hacienda donde los peones siembran sus propios alimentos.

Miastenia: Astenia del sistema muscular que se traduce por una sensación de fatiga al más ligero esfuerzo

Minusvalía: Discapacidad física o mental de alguien por lesión congénita o adquirida.

Miopatías: Nombre genérico de las enfermedades musculares

Necrosis: Mortificación o gangrena de los tejidos del organismo.

Nistagmo: es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos.

Optotipos: Se denominan a las tablas que llevan impresas letras, números y figuras en diferentes tamaños -previamente determinados-, y que se catalogan en décimas de visión.

Otosclerosis: es una enfermedad metabólica ósea primaria de la cápsula óptica y la cadena oscicular que causa fijación de los huesecillos con la resultante hipoacusia

Ototóxicas: es el efecto nocivo, reversible o irreversible, producido sobre el oído por diversas sustancias denominadas ototóxicos y que afectarán a la audición o al equilibrio.

Psicosis: Nombre genérico de las enfermedades mentales

Queratitis: Inflamación de la córnea.

Sincinesias: Movimiento muscular involuntario y superfluo que acompaña a otro voluntario

Toxoplasmosis: es una enfermedad infecciosa ocasionada por el protozoo *Toxoplasma gondii*, un parásito intracelular obligado.

Úvea: La úvea es la capa vascular del ojo situada debajo de la esclerótica, consta de tres estructuras: el iris, el cuerpo ciliar y la coroides, formando una capa pigmentada

Anexo 2. Encuesta

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FORMULARIO DE DISCAPACIDAD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FORMULARIO DE DISCAPACIDAD E1.02
PROYECTO DE TERAPIA FISICA**

Coordenada x Coordenada Y Altura

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1. Nombre de la persona encuestada
2. Nacionalidad
3. Fecha de nacimiento de la persona encuestada
4. **Género** Masculino Femenino
5. Número de cedula escribir "no tiene" si no tiene número de cedula
6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:
 Blanco Mestizo Indígena Afroamericano Otros
7. Número del carnet del CONADIS escribir "no tiene" si no tiene Carnet
8. Número de personas a cargo menores de 14 años:
9. Número de personas a cargo mayores de 65 años:

LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

10. Cantón donde se encuentra la vivienda
11. Parroquia donde se encuentra la vivienda
12. Área donde se encuentra la vivienda
 Urbana Rural
13. Dirección donde se encuentra la vivienda
14. Número de Teléfono escribir "no tiene" si no tiene teléfono
15. Nombre del barrio o comunidad donde se encuentra la vivienda
16. La vivienda cuenta con servicios de
Energía Eléctrica Alcantarillado Teléfono Recolección de
basura Agua potable
17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?
 Sí No
18. Actualmente vive en:
 Casa Apartamento Cuarto Institución pública
Institución privada Calle Otro tipo de vivienda
19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?
 Arriendo o subarriendo Vivienda propia y la está pagando

Vivienda propia totalmente pagada Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
 arriendo Vivienda de un tercero sin pagar arriendo Otra

CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE DISCAPACIDAD

20. Recibe algún servicio del Gobierno Sí No
21. Es beneficiario de programas de:
- Bono de desarrollo humano Sí No
 - Misión Manuela Espejo Sí No
 - Bono Joaquín Gallegos Sí No
 - Vivienda por discapacidad Sí 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 Sí No
 - 2. Los ojos Sí No
 - 3. Los oídos Sí No
 - 4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) Sí No
 - 5. La voz y el habla Sí No
 - 6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas Sí No
 - 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas Sí No
 - 8. El sistema genital y reproductivo Sí No
 - 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas Sí No
 - 10. La piel Sí No
 - 11. Otra enfermedad Sí 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 Sí No
 - Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o
 gafas Sí No
 - Oír, aun con aparatos especiales Sí No
 - Distinguir sabores u olores Sí No
 - Hablar y comunicarse Sí No
 - Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón Sí No
 - Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos Sí No
 - Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos Sí No
 - Caminar, correr, saltar Sí No
 - Mantener piel, uñas y cabellos sanos Sí No

Relacionarse con las demás personas y el entorno	Sí	No
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Sí	No
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Sí	No
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	Sí	No
Otra	Sí	No

27. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?

Familiares	Sí	No
Amigos, compañeros	Vivienda por discapacidad	Sí No
Vecinos	Vivienda por discapacidad	Sí No
Funcionarios, empleados	Vivienda por discapacidad	Sí No
Otras personas	Vivienda por discapacidad	Sí No

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

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

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

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

31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?

Medios escritos	Sí	No	Radio	Sí	No	Televisión	Sí	No
Teléfono	Sí	No	Internet	Sí	No	Ninguno	Sí	No

32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad? Sí 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
 No es enfermedad profesional

35. Por consumo de psicoactivos:

Psicoactivos aceptados socialmente Psicoactivos socialmente no aceptados
 No es por consumo de psicoactivos

36. Desastres naturales:

Terremoto Inundación Deslizamiento Otro desastre natural
 No es por Desastres naturales

37. Por accidente:

De tránsito En el hogar En el centro educativo De trabajo
 Deportivo Otro tipo de accidente No es por accidente

38. Como víctima de violencia:

Al interior del hogar Delincuencia común Social
 Otra No fue víctima de violencia

39. Del conflicto armado por:

Arma de fuego Bomba Minas antipersonales Otro tipo de arma
 No fue causa de conflicto armado

40. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:

Atención médica inoportuna Equivocaciones en el diagnóstico
 Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
 Deficiencias en la calidad de la atención Otra No fue causa de servicios de salud

41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad? Sí
 No No sabe

42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad? Poner "no sabe" si no conoce el país donde la adquirió
43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad? Poner "no sabe" si no conoce la provincia donde la adquirió
44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad? Poner "no sabe" si no conoce la ciudad donde la adquirió
45. ¿Está afiliado a?
- | | | | | |
|------|-------|-------|------------------|------|
| IESS | ISPOL | ISSFA | Seguro Campesino | Otro |
|------|-------|-------|------------------|------|
- Ninguno
46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?
- Contributivo (IESS-ISFA-ISPOL-Privado)
 - Subsidiado (MSP)
 - Régimen especial (Seguro campesino)
 - Vinculado (asegurado por un familiar)
 - Ninguno
 - No sabe
 - No está afiliado
47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?
- Sí No
48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad? Sí No
49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?
- Sí No
50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
- Sí No
51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes? Sí No
52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes? Sí No
53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona? Sí 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? Sí 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 Sí No
 Psiquiatría Sí No Fisioterapia Sí No
 Fonoaudiología Sí No Terapia ocupacional Sí No
 Optometría Sí No Psicología Sí No
 Trabajo social Sí No Medicamentos permanentes Sí No
 Otro tipo de rehabilitación Sí No
58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
 Sí 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? Sí No 64.
 ¿Cuantos 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? Sí 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 Sí No Tecnológicos Sí No
 Terapéuticos Sí No
69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
 Sí 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	Sí	No	Básica	Sí	No	Bachillerato	Sí	No
Superior	Sí	No	Postgrado	Sí	No			

72. ¿Hace cuántos años? Dejo de estudiar

73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

Sí No No estudio

74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?

Sí No

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

75. Participa en actividades:

Con la familia y amigos	Sí	No
Con la comunidad	Sí	No
Religiosas o espirituales	Sí	No
Productivas	Sí	No
Deportivas o de recreación	Sí	No
Culturales	Sí	No
Educación no formal	Sí	No
Ciudadanas	Sí	No
Otras	Sí	No

76. ¿Actualmente participa en alguna organización? Sí 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? Sí 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? Sí No No trabaja

85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

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

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

Sí 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 SAN PABLO 3

Anexo 3. Guía de Observación

- Determinar el objeto, situación, o caso que se va a observar.
- Analizar el lugar y el tipo de vivienda en el que se encuentran a las personas con discapacidad
- Observar el tipo de transporte que se necesita para asistir a la rehabilitación de éstas personas
- Registrar los datos observados.
- Analizar e interpretar los datos.
- Elaborar conclusiones.

Anexo 4. Ilustraciones

Ilustración 2. Población total, población con discapacidad y porcentaje de discapacidad en las comunidades de San Pablo

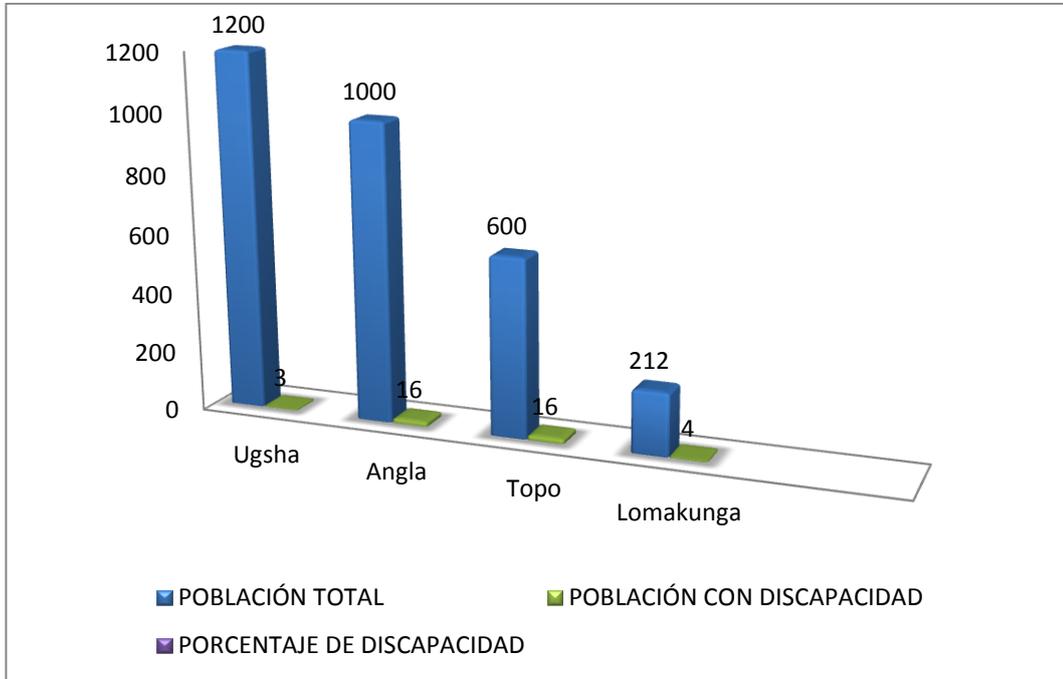


Ilustración 3. Porcentaje de los tipos de discapacidad

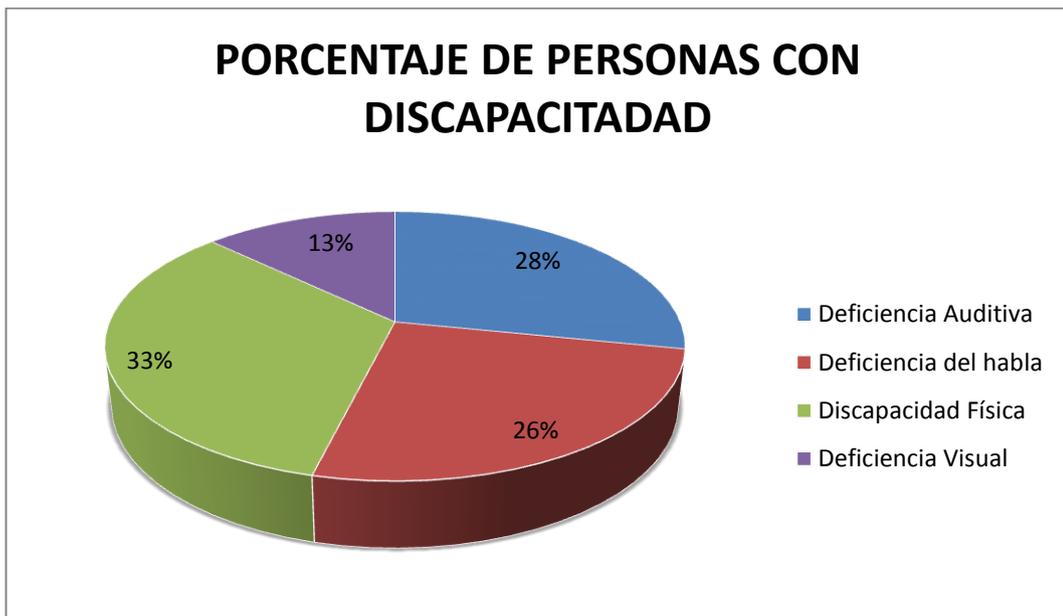


Ilustración 4. Porcentaje de personas con discapacidad en las comunidades de Angla, Lomakunga, Topo y Ugsha



Ilustración 5. Número de personas discapacitados en cada comunidad



Ilustración 6. Porcentaje de Etnia en la población estudiada

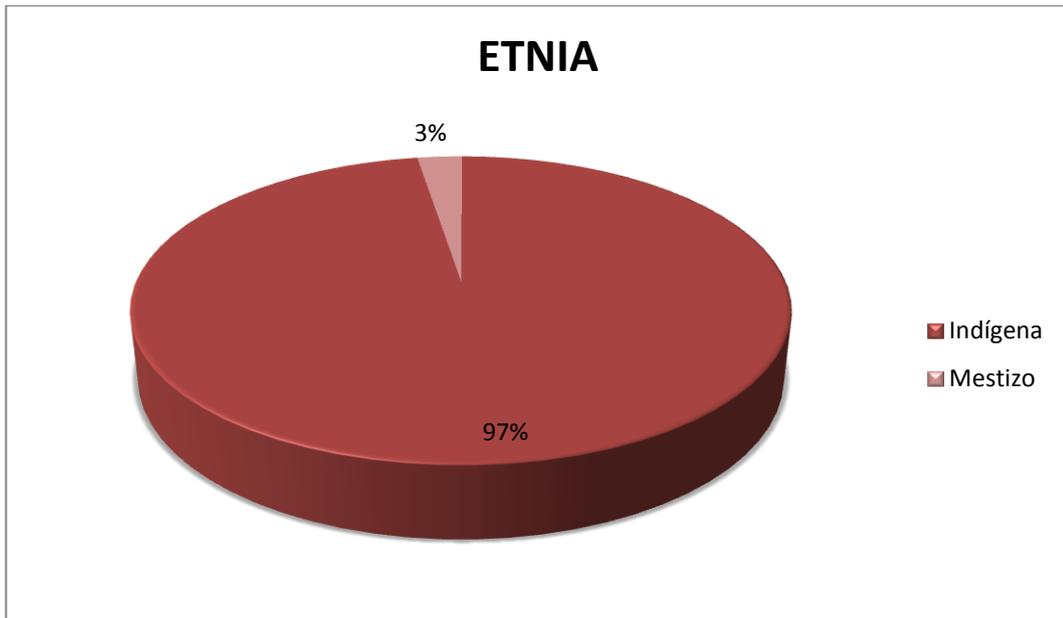


Ilustración 7. Porcentaje de discapacidad según el género

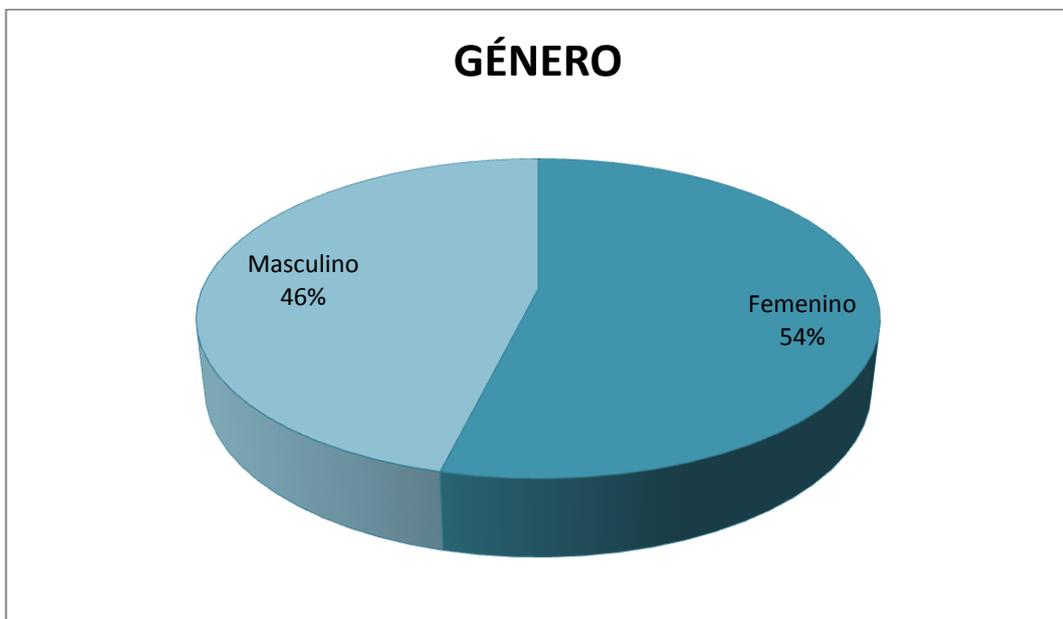


Ilustración 8. Tasas de discapacidad según el nivel de escolaridad



Ilustración 9. Accesibilidad a los servicios básicos de las personas con discapacidad

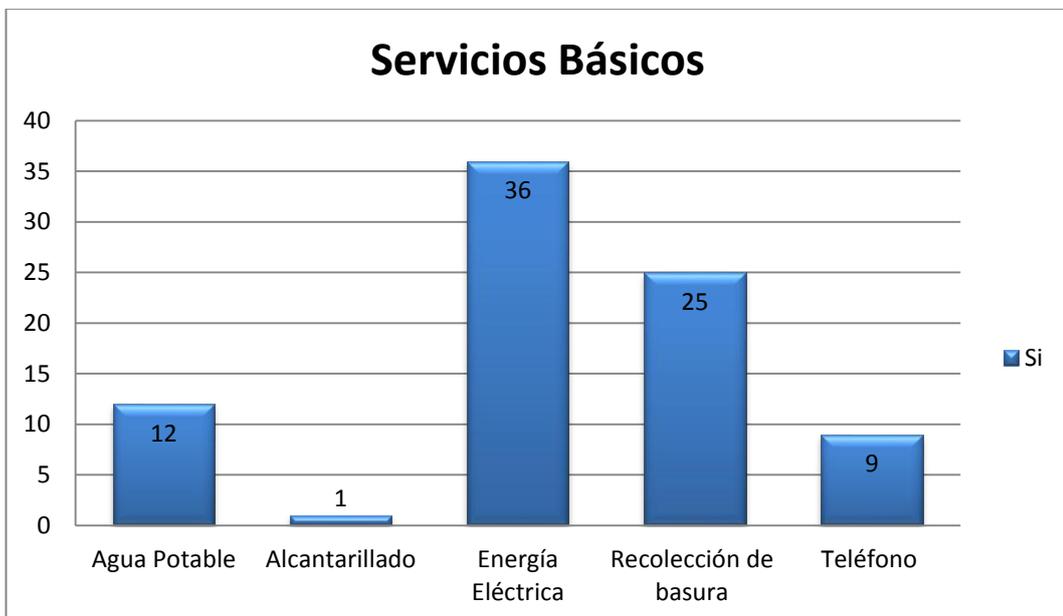


Ilustración 10. Número de personas beneficiados con los servicios del gobierno

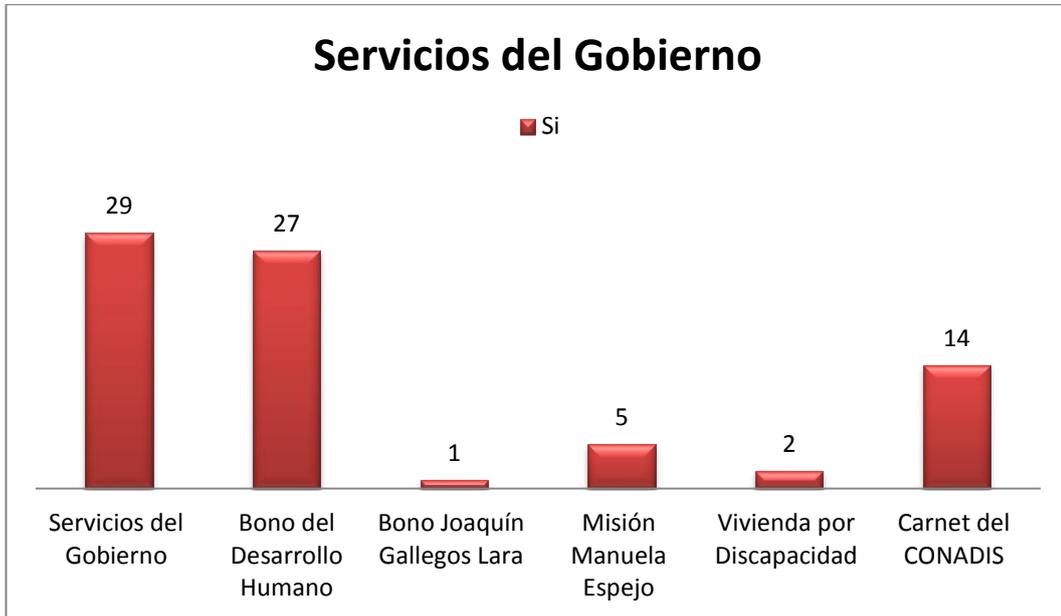


Ilustración 11. Afectación de los sistemas y los órganos de los sentidos

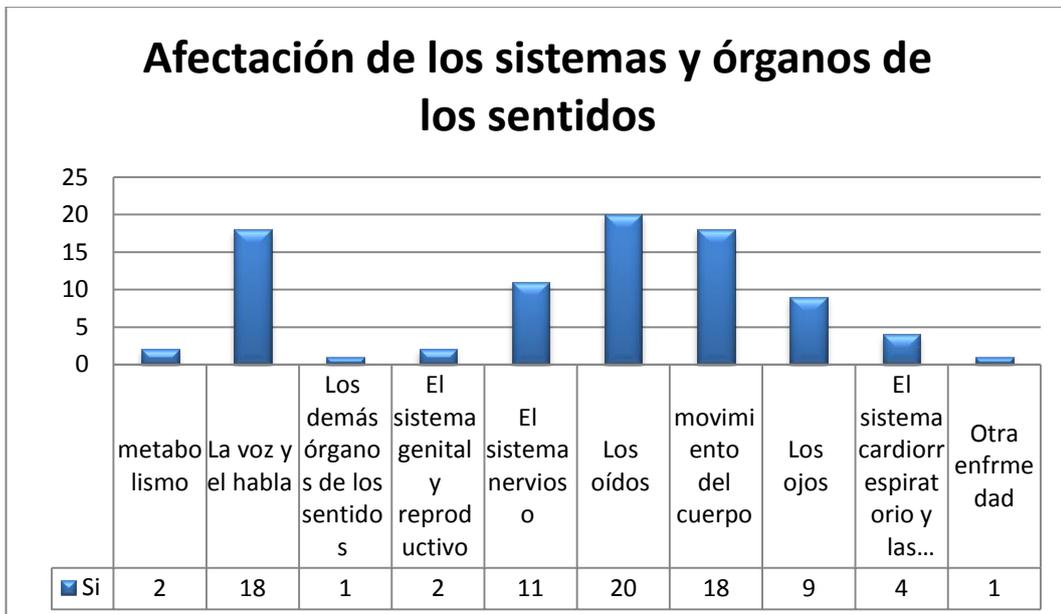


Ilustración 12. Tiempo que presentan la discapacidad

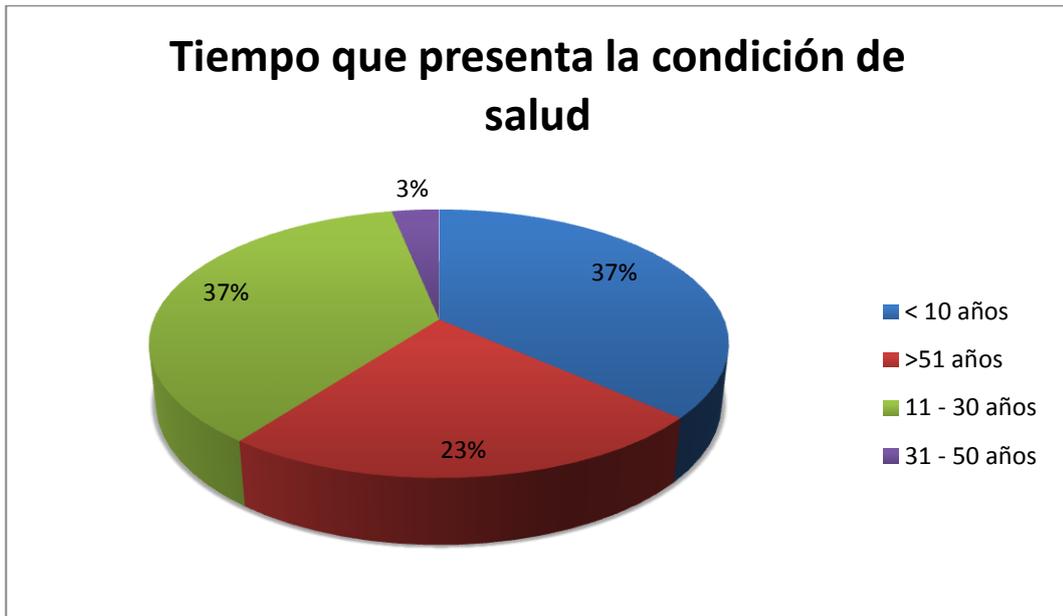


Ilustración 13. Origen y diagnóstico de la discapacidad

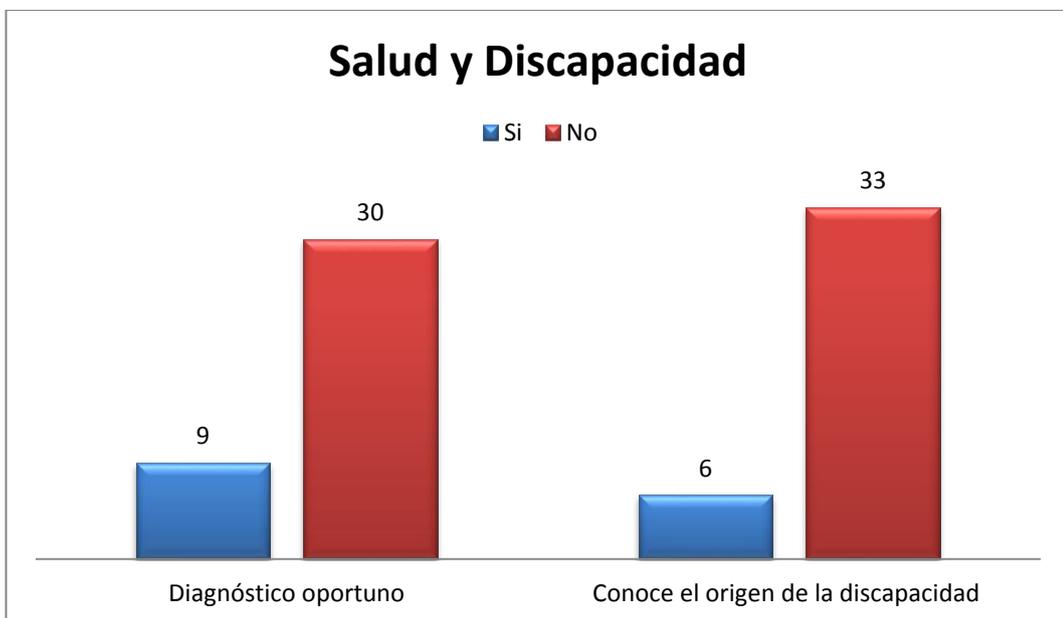


Ilustración 14. Causas de la discapacidad

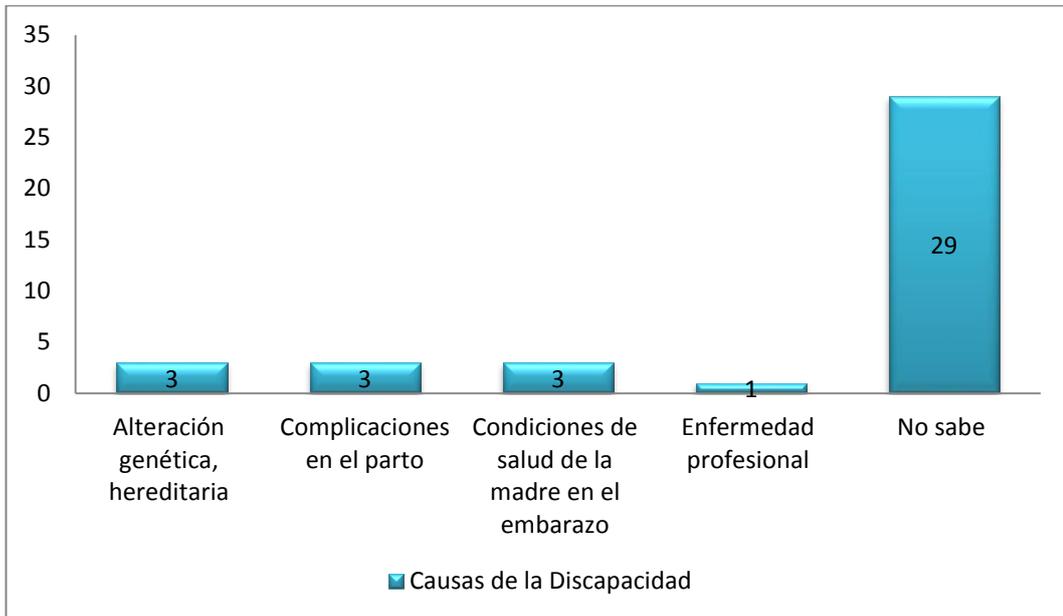


Ilustración 15 Atención en salud y rehabilitación

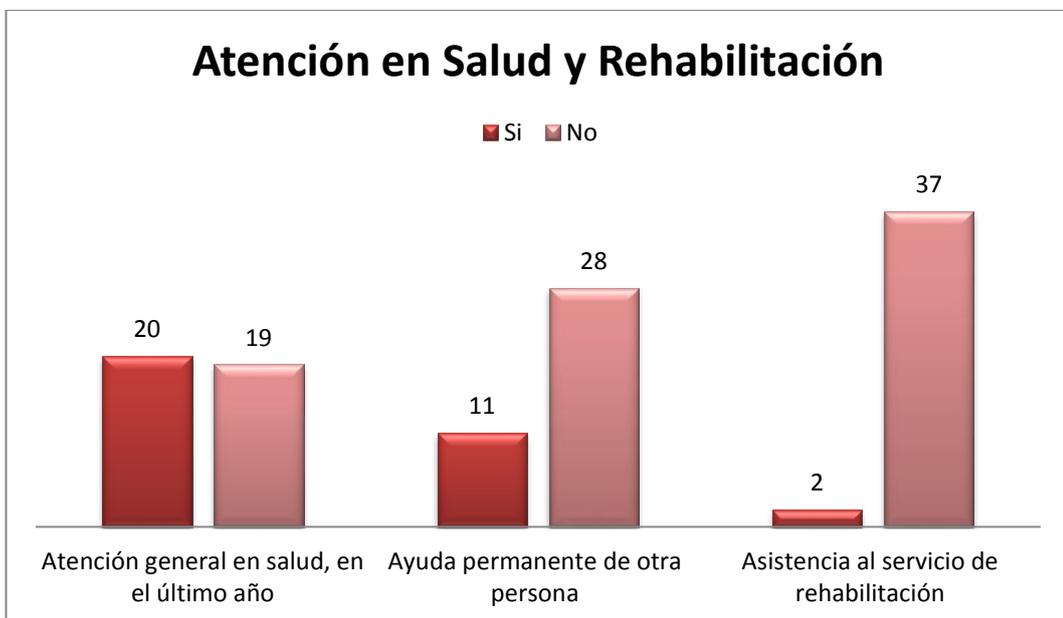


Ilustración 16. Causas por las que no asiste a rehabilitación

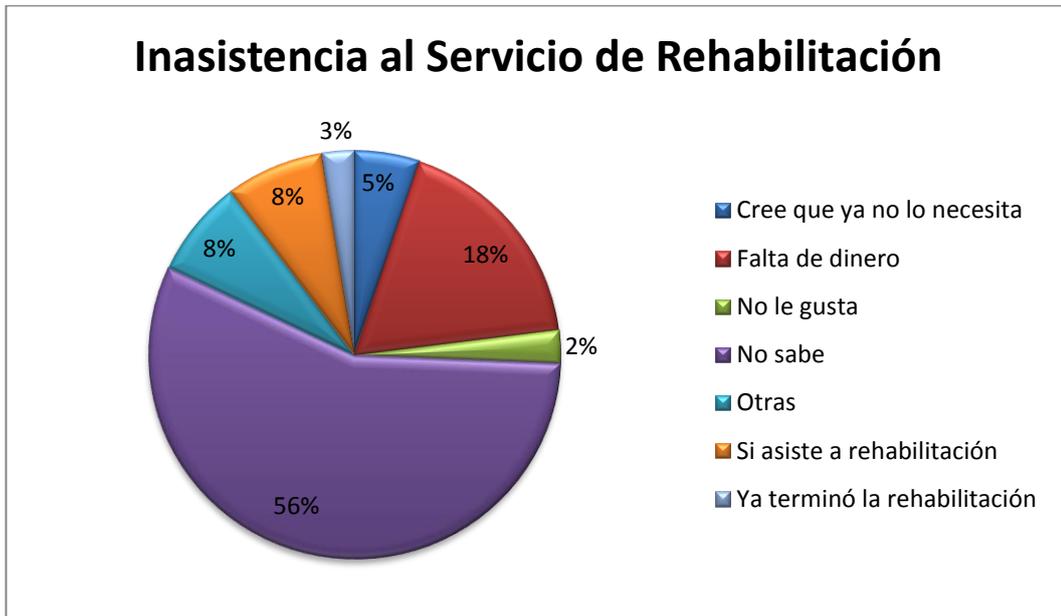


Ilustración 17 Condición actual de las personas con discapacidad

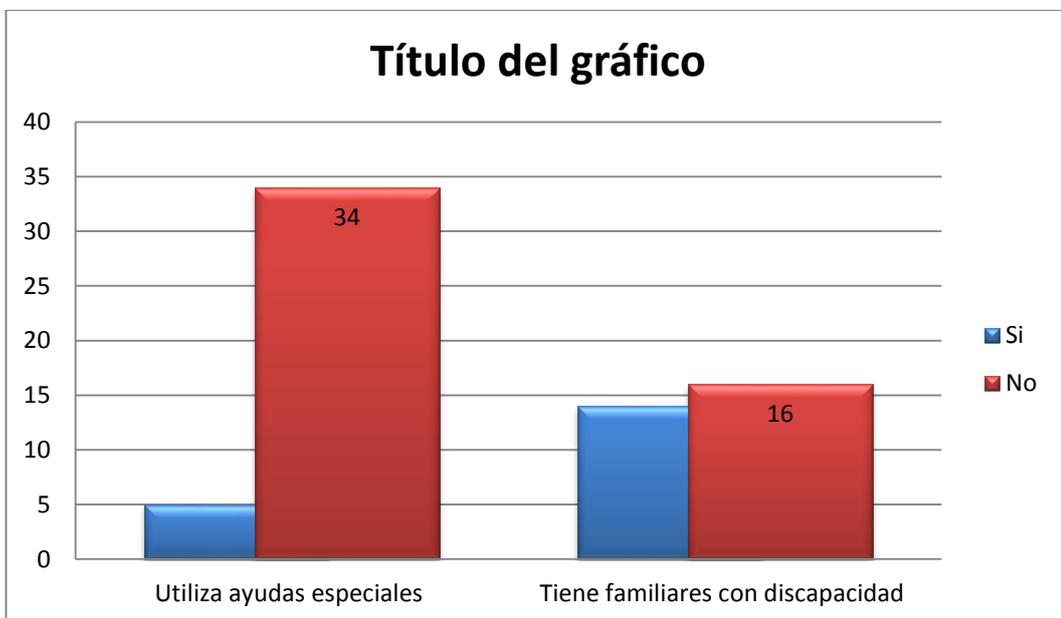


Ilustración 18. Tipos de discapacidad según la afección a los órganos y sistemas



Anexo n° 5 Fotografías relatorias.

APERTURA DEL MACROPROYECTO DE DISCAPACIDADES



PRESENTACIÓN DEL PROYECTO EN LA JUNTA PARROQUIAL DE SAN PABLO DEL LAGO



POBLADORES DE LA COMUNIDAD EI TOPO



ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LA COMUNIDAD DE LOMAKUNGA



ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LA COMUNIDAD DE ANGLA



ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LA COMUNIDAD DE EL TOPO



ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LA COMUNIDAD DE UGSHA



ANEXO N° 11

POBLADOR CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE UGSHA



COLABORACIÓN DE MIEMBROS DE LA POLICÍA PARA PODER ACCEDER A LAS COMUNIDADES



COLABORACIÓN DE LOS POBLADORES DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES

