



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

**DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS
COMUNIDADES DE GUALABÍ, CASCO VALENZUELA Y COCHALOMA DE
LA PARROQUIA SAN PABLO, CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO 2014.”**

AUTORAS:

Pérez Jaramillo María Fernanda
Chiluiza Jiménez Karen Estefanía

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfocó en realizar un diagnóstico georeferenciado de la discapacidad en las personas de las comunidades de Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma pertenecientes a la parroquia San Pablo las cuales son comunidades de la zona rural del Cantón Otavalo. Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo, explicativo y correlacional; es una investigación aplicada; de tipo cualitativo y cuantitativo; con un diseño de estudio no experimental de corte transversal, con una población de 44 personas, en donde se aplicó una encuesta que permitió recopilar los datos necesarios para llevar a cabo esta investigación. Resultados: de los datos obtenidos se evidenció que existen 44 personas con discapacidad, de las cuales el 34% de la población son mayores de 65 años, el 40% de la población se encontró distribuido equitativamente entre los rangos de 16 a 30 años y otro grupo de 51 a 65 años; la comunidad con mayor incidencia de discapacidad fue Gualabí con el 52.3 % de la población; de cada 10 personas que contestaron a la encuesta 6 respondieron que si tienen carnet del CONADIS por lo tanto pueden acceder a los múltiples beneficios que las personas con discapacidad tienen mediante las políticas públicas del país. La discapacidad física es la de mayor prevalencia, a esto hay que agregar que la presente investigación muestra que el 41% de la población presentó dificultad para caminar, correr y saltar; en cuanto a la causa que originó la discapacidad

el 15,9% mencionó que el origen de su discapacidad se debe a un accidente y el 11,4% corresponde a problemas prenatales. Conclusión: la población de estudio no ha recibido atención médica adecuada y mucho menos atención en el servicio de rehabilitación.

Palabras claves: georreferenciación, discapacidad, prevalencia.

ABSTRACT

This research was focused on a Georeferenced Diagnosis of people with Disability in the Gualabí, Casco Valenzuela and Cochaloma communities from San Pablo Parish, they are rural communities of Otavalo Canton. The materials and methods were descriptive, correlational and explanatory; this was an applied research; qualitative and quantitative type; with no experimental study and cross-sectional design, with a population of 44 people, where a survey allowed to collect the needed data to conduct this research. Results: Data obtained showed that there are 44 people with disabilities, 34% of the population was over 65, 40% was equally distributed between the ranges from 16 to 30 years and other group between 51-65 years; the community with the highest incidence of disability was Gualabí with 52.3%; 6 out of every 10 people who answered the survey said, they have CONADIS card, therefore they have access to many benefits that people with disabilities have through public policy in the country. Physical disability is the most prevalent, it must be added that 41% of the population had walking, running and jumping difficulty; 15.9% mentioned that the origin of their disability was by an accident and 11.4% was a prenatal problem. Concluding: The study population has not received adequate medical care and much less attention in the rehabilitation service.

Key words: Georeferenced, disability, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud plantea a la discapacidad como una ausencia o restricción temporal o permanente, en las capacidades físicas, mentales o sensoriales del ser humano. (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 2010). América Latina tiene un aproximado de 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales solo 2% tiene suplidas sus necesidades básicas, es decir el 98% son marginados o aislados; México tiene una población de personas con discapacidad del 5.1% y Brasil del 23.9% (Schalock, 2009)

En el Ecuador el 12,8 % de la población son personas con discapacidad ya sea física o intelectual; en el 64,4% de los menores de cinco años la causa se relaciona con problemas hereditarios o congénitos, de origen prenatal o perinatal. (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2014).

Como se ha demostrado las tasas e índices de la discapacidad a nivel mundial y latinoamericano son importantes; en el Ecuador no existe uniformidad en las cifras de incidencia y prevalencia de la discapacidad. Entre las entidades encargadas de la vigilancia epidemiológica en este país, por ejemplo, la Vicepresidencia de la Republica por medio de la misión solidaria Manuela Espejo reporta 294.166 personas con discapacidad con una prevalencia de 2,43 por ciento; evidencian que las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%). En la provincia del Guayas se presentan 74.833 casos y en la provincia de Pichincha, con 45.098 casos. (Editorial Vistazo, 2010). El CONADIS reporta 397.233 casos con una prevalencia del 3.1%, en donde se evidencia que la discapacidad física (46,5%), auditiva (24,3%) e intelectual (20,2%) son las de mayor prevalencia. (Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades, 2014).

En Imbabura hay 10820 casos reportados, distribuidos así: Ibarra 5051 casos, Otavalo 2341 casos, Cotacachi 1384 casos, Antonio Ante 1174 casos, Pimampiro 447 casos y Urcuquí 423 casos. Y la discapacidad más prevalente es discapacidad física (43.43%), discapacidad auditiva (22.89%), discapacidad intelectual (18.07%), discapacidad visual (10.66%), discapacidad psicológica (3.47%) y de lenguaje (1.47%) (Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades, 2014)

El conocimiento de la situación real de la discapacidad en el cantón Otavalo es limitado, uno de los elementos que posibilitan el planteamiento de esta problemática se deriva de que las políticas a favor de la población en condición de discapacidad que son apoyadas por la Organización Mundial de la Salud no han sido fortalecidas en ciertas regiones por ende los procesos de accesibilidad son limitados, encontrándose dificultad para tener servicios de salud, educación, actividad laboral, transporte, información , etc. por lo que se evidencian tasas de pobreza más alta que las personas sin discapacidad. (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2014) Estos problemas aumentan en las comunidades menos favorecidas; además la OEA dice que el 85% de la población con discapacidad no tiene acceso a servicios de rehabilitación y 95% no acude a la escuela. (El Universo, 2014)

En la ciudad de Otavalo la problemática se enfoca en que las comunidades que pertenecen a este cantón son rurales y algunas de difícil acceso, razón por la que no se evidencian datos reales sobre ubicación geográfica y discapacidad en esta zona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivo general: Diagnosticar la discapacidad en las personas de las comunidades de Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma de la parroquia San Pablo, cantón Otavalo de la provincia de Imbabura y ubicarles geográficamente.

Tipos de Estudio: Investigación descriptiva, ya que se describe la situación observada durante el proceso de la recolección de datos y la realización de la georreferenciación en las comunidades de Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma de la Parroquia San Pablo. Investigación aplicada porque parte de una situación problemática que requiere ser intervenida y mejorada. Este estudio corresponde a la investigación Cualitativa pues analiza subjetivamente las variables y Cuantitativa porque se realiza un análisis matemático y estadístico de las variables las cuales se determinaron mediante la información proporcionada por los encuestados.

Diseño de investigación: El diseño de este estudio fue no experimental ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trató de un estudio donde no se hizo variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se realizó en esta investigación fue observar fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Fue de corte transversal ya que se midieron las variables una sola vez y no se realizó ningún tipo de seguimiento

Localización: Este estudio se realizó en la parroquia San Pablo en la provincia de Imbabura.

Población: El presente trabajo de investigación se desarrolló en las comunidades de Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma de la parroquia San Pablo, cantón Otavalo de la provincia de Imbabura; en donde se llevó a cabo un censo a todas las personas con discapacidad siendo un total de 44 que corresponde al 100%.

Identificación de variables:

Variable independiente: Discapacidad

Variable dependiente: Georreferenciación

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.

RESULTADOS

Tabla 1 Personas con discapacidad en las comunidades

Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Gualabí	23	52,3
Cochaloma	6	13,6
Casco Valenzuela	15	34,1
Total	44	100,0

Del 100% de las personas que presentaron discapacidad en las comunidades encuestadas el 52.3% fueron de Gualabí, el 34,1% de Casco Valenzuela y el 13,6% de Cochaloma; siendo Gualabí la que presentó un mayor número de personas con discapacidad.

Tabla 2 Autodefinición étnica

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	14	31,8
Indígena	30	68,2
Total	44	100,0

En esta tabla se estableció que el 68.2% de los pobladores son indígenas, seguidos por un 31.8% que se definieron como mestizos.

Tabla 3 Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	45,5
Masculino	24	54,5
Total	44	100,0

En esta gráfica se analiza que el mayor porcentaje de las personas con discapacidad son de género masculino, representando el 54.5% de la población, mientras que el género femenino da un 45.5% esto se debe a que las comunidades de la parroquia de San Pablo están constituidas en su mayor parte por el sexo masculino.

Tabla 4 Edad por rangos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 15 años	7	15,9
16 - 30	9	20,5
31-45	2	4,5

46 - 50	2	4,5
51 - 65	9	20,5
Mayores de 65 años	15	34,1
Total	44	100,0

El porcentaje de personas con discapacidad menores de 15 años es de 15.9%, mientras que de los mayores de 65 años es del 34.1%, lo que nos indica que las personas de mayor edad son más propensas a sufrir algún tipo de discapacidad.

Tabla 5 Carnet del CONADIS

Tienen carnet CONADIS	Frecuencia	Porcentaje
no	17	38,6
si	27	61,4
Total	44	100,0

El 61.4% de la población respondió que, si tiene carnet del CONADIS, mientras que el 38.6% respondió que no lo tiene, esto quiere decir que la mayoría de la población que fue encuestada pueden acceder a los múltiples beneficios que las personas con discapacidad tienen mediante las políticas del país.

Tabla 6 Sistema más afectado

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
sistema nervioso	10	22,7
la voz y el habla	4	9,1
los oídos	10	22,7
los ojos	7	15,9
movimiento del cuerpo	6	13,6
otro	5	11,4
órganos de los sentidos	1	2,3
sistema genitourinario	1	2,3
Total	44	100,0

Los sistemas más afectados en las personas con discapacidad que fueron encuestadas, en primer lugar, fueron el sistema nervioso y el sistema auditivo con un 22,7% cada uno; seguido del sistema visual con el 16% y en tercer lugar el sistema motor corporal con el 13,6%.

Tabla 7 Dificultad que presentan las personas con discapacidad para caminar, correr y saltar

	Frecuencia	Porcentaje
No	26	59,1
Si	18	40,9
Total	44	100,0

El 40,9% de las personas con discapacidad presentó dificultad para caminar, correr y saltar y el 59,1% respondió que lo hace sin ninguna complicación. Pero a su vez estas actividades son las de mayor prevalencia en las personas que presentaron discapacidad.

Tabla 8 Dificultad que presentan las personas con discapacidad para llevar, mover, utilizar objetos con las manos

	Frecuencia	Porcentaje
No	35	79,5
Si	9	20,5
Total	44	100,0

El 20,5% de la población tuvo dificultad para llevar, mover, utilizar objetos con las manos y el 79,5% no presenta ningún tipo de problema al realizar estas actividades.

Tabla 9 Dificultad que presentan las personas con discapacidad para pensar, memorizar

Dificultad para realizar procesos mentales	Frecuencia	Porcentaje
No	32	72,7
Si	12	27,3
Total	44	100,0

Al 27,3% de la población su discapacidad le dificultó mantener procesos mentales como pensar y memorizar, es decir, la mayoría lo cual fue el 72.7% no presentan dificultades en el pensamiento y la memoria.

Tabla 10 Dificultad que presentan las personas con discapacidad para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas

	Frecuencia	Porcentaje
No	32	72,7
Si	12	27,3
Total	44	100,0

El 27,3% tuvo dificultad para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas y un 72,7% respondió que no presentan ningún tipo de problema al realizar estas actividades.

Tabla 11: Dificultad que presentan las personas con discapacidad para hablar y comunicarse

	Frecuencia	Porcentaje
No	27	61,4
Si	17	38,6
Total	44	100,0

El 38,6% de la población encuestada se le dificultó el proceso del habla y la comunicación, mientras que su mayoría con un 61,4% respondió no tener ningún problema con estos procesos.

Tabla 12 Dificultad que presentan las personas con discapacidad para relacionarse con las demás personas y el entorno

	Frecuencia	Porcentaje
No	32	72,7
Si	12	27,3
Total	44	100,0

El 27,3% de las personas con discapacidad presentó problemas para relacionarse con las demás personas y el entorno mientras que el 72,7% no tiene ningún tipo de dificultad al hacerlo.

Tabla 13 Dependencia en las actividades básicas de la vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje
No	38	86,4
Si	6	13,6
Total	44	100,0

El 86,4% de la población fue independiente en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, mientras que un 13,6% no puede realizarlas por sí mismo, es decir, necesita ayuda de otras personas para alimentarse, asearse y vestirse.

Tabla 14: Origen de la discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Otras	10	22,7
No sabe	20	45,5
Complicaciones en el parto	2	4,5
Accidente	7	15,9
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	5	11,4
Total	44	100,0

El 45,5% de la población no conoció el origen de la discapacidad, el 15,9% mencionó que el origen de su discapacidad se debe a un accidente y el 11,4% corresponde a problemas prenatales.

Tabla 15 Tipo de accidente

	Frecuencia	Porcentaje
En el hogar	2	28,6
De trabajo	3	42,9
De transito	1	14,3
Otro tipo de accidente	1	14,3
Total	7	100,0

De las personas que mencionaron que el origen de su discapacidad fue algún tipo de accidente, el 42,9% refieren que el accidente fue de origen laboral, el 28,6% fueron accidentes en el hogar y en el 28,6% restante se encuentran distribuidos entre accidentes de tránsito y otro tipo de accidente.

Tabla 16 Tipo de afiliación que tienen las personas con discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	34	77,3
IESS	6	13,6
Campeño	4	9,1
Total	44	100,0

El 77,3 % de la población estudiada no tiene ningún tipo de afiliación al sistema de salud; el 13,6% se encuentra afiliada al IESS y el 9,1% al seguro campesino.

Tabla 17 Población que ha recibido atención en medicina general durante el último año.

	Frecuencia	Porcentaje
no	34	77,3
si	10	22,7
Total	44	100,0

En esta gráfica podemos observar que la mayor parte de la población lo cual es el 77.3% no ha recibido atención en medicina general durante el último año, mientras q el 22.7% restante si lo ha hecho.

Tabla 18 Población que recibió la orden de usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentemente

	Frecuencia	Porcentaje
no	29	65,9
si	15	34,1
Total	44	100,0

El 34,1% de las personas encuestadas recibieron la orden de usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentemente, mientras q el 65,9% restante no recibieron esta orden.

Tabla 19 Población que recibió la formulación de medicamentos permanentes

	Frecuencia	Porcentaje
no	38	86,4
si	6	13,6
Total	44	100,0

El 13,6% de los encuestados mencionaron que recibieron formulación médica permanente y el 86,4% indicaron que no, es decir, que la mayoría de pobladores no necesitan tomar medicamentos de forma permanente.

Tabla 20 Población que fue remitida a medicina física y rehabilitación.

	Frecuencia	Porcentaje
no	42	95,5
si	2	4,5
Total	44	100,0

El 4,5% de la población fue remitida a medicina física y de rehabilitación, es decir, la mayoría de las personas encuestadas lo cual es el 95.5% no fueron remitidas a medicina física y rehabilitación.

Tabla 21 Población que fue remitida a fisioterapia

	Frecuencia	Porcentaje
no	41	93,2
si	3	6,8
Total	44	100,0

El 6,8% de las personas encuestadas fueron remitidos para fisioterapia y un 93,2% respondió que no fueron remitidos.

Tabla 22 Población que fue remitida a terapia ocupacional

	Frecuencia	Porcentaje
no	42	95,5
si	2	4,5
Total	44	100,0

Como podemos evidenciar en esta tabla el 4,5% de la población fue remitida a terapia ocupacional, es decir, la mayoría de las personas encuestadas lo cual es el 95.5% no fueron remitidas.

Tabla 23 Población que fue remitida a optometría

	Frecuencia	Porcentaje
no	41	93,2
si	3	6,8
Total	44	100,0

El 6,8% de las personas encuestadas indicaron que fueron remitidas a optometría, mientras que el 93,2% no han sido remitidos.

Tabla 24 Población que está asistiendo al servicio de rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
no	42	95,5
si	2	4,5
Total	44	100,0

El 4,5% de las personas encuestadas actualmente asisten al servicio de rehabilitación, y el 95.5% restante no asiste, es decir, que la mayoría de la población con discapacidad no recibe ningún tipo de rehabilitación.

Tabla 25 Población según quién financia la rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
No recibe rehabilitación	41	93,2
Familia	1	2,3
Empleador	1	2,3
Otro	1	2,3
Total	44	100,0

El 6,9 % de los encuestados recibe rehabilitación la cual es pagada por la familia el empleador y otras personas; esto se encuentra distribuido uniformemente entre los tres antes mencionados, mientras que el 93,2% restante no recibe rehabilitación.

Tabla 26 Tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
No recibe rehabilitación	41	93,2
Privado	2	4,5
Público	1	2,3
Total	44	100,0

El 4,5% de los encuestados recibe su rehabilitación en algún servicio privado y el 2,3% en el sector público y el otro 93,2% no recibe rehabilitación.

Tabla 27 Razones por las que no recibe rehabilitación.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	13	29,5
Si recibe	2	6,8
Le queda muy lejos o no tiene quien le lleve	26	59,1
No tiene dinero	1	2,3
No le gusta o ya no lo necesita	2	4,5
Total	44	100,0

El 59,1% de la población menciona que no recibe rehabilitación porque le queda lejos el servicio o no tiene quien le lleve a rehabilitación, el 29,5% desconoce la razón por la que no asiste a rehabilitación, el 2,3% porque no tiene dinero, el 4,5% porque no le gusta o ya no necesita, mientras que solamente el 6,8% de las personas encuestadas si reciben rehabilitación.

Tabla 28 Tiempo sin recibir rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
Si recibe rehabilitación	3	6,8
1-5 años	5	11,4
6-15 años	10	22,7
16-25 años	10	22,7
26-35 años	4	9,1
más de 35 años	12	27,3
Total	44	100,0

El 27,3% de la población no ha recibido rehabilitación hace más de 35 años, el 45,4% se encuentra distribuido equitativamente entre los rangos de 6 a 15 años y de 16 a 25 años sin recibir rehabilitación.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En donde se cumplió con la investigación fue en Gualabí, Casco Valenzuela y Cochaloma pertenecientes a la parroquia San Pablo las cuales son comunidades de la zona rural del Cantón Otavalo, en donde del 100% de las personas que presentaron discapacidad en las comunidades encuestadas el 52.3% fueron de Gualabí, el 34,1% de Casco Valenzuela y el 13,6% de Cochaloma; llama la atención la distribución de las personas con discapacidad que fueron georreferenciadas y encuestadas ya que la mitad se concentró en la comunidad de Gualabí; hay que tomar en cuenta que la población en las tres comunidades es similar; por lo tanto se puede decir que la prevalencia es mayor en esta comunidad. Así mismo, el presente estudio muestra que el 68,2% de las personas encuestadas se autodefinieron indígenas este dato es relevante ya que según el INEC en el censo del 2010 en el cantón Otavalo la etnia indígena comprendía el 57,2% y en las comunidades encuestadas que son del área rural se puede determinar que la población indígena tiene mayoría en esta zona, sin excepción de las personas con discapacidad; es decir, que en este tipo de población en las comunidades intervenidas también son mayoría los indígenas. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014)

En cuanto al género el 54.5 % de la población de estudio correspondió al género masculino, es decir la población con discapacidad está distribuida uniformemente entre hombres y mujeres lo cual concuerda con las estadísticas mundiales en donde mencionan que la discapacidad se encuentra repartida equitativamente entre los dos sexos, por lo tanto, no hay ninguna relación entre la discapacidad y el género. (Soler, 2008)

La edad si mostró algún tipo de asociación con la discapacidad en donde el 34,1% de la población fueron mayores de 65 años, mientras que el 15.9% fueron menores de 15 años, es decir que a medida que aumenta la edad, la prevalencia de la discapacidad también aumenta, esto se explica porque la presencia de enfermedades relacionadas con la edad y el tiempo de evolución pueden desencadenar a la discapacidad; este dato concuerda con los resultados presentados en el Informe sobre la Discapacidad de la OMS en donde advierte que la incidencia de la discapacidad es altamente relacionada con el adulto mayor. (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2014)

El 61.4% de la población respondió que si tiene carnet del CONADIS, mientras que el 38.6% respondió que no lo tiene, esto quiere decir que la mayoría de la población que fue encuestada pueden acceder a los múltiples beneficios que las personas con discapacidad tienen mediante las políticas

públicas del país, esto de alguna manera facilita ciertas condiciones de vida que las personas pueden tener, importante sería analizar si la clasificación y el porcentaje de la discapacidad es la adecuada para la población recordando que los beneficios son proporcionales a esta información, según el Informe sobre la Discapacidad de la OMS en el mundo existe aproximadamente el 35% de personas con discapacidad que no son reconocidas como tales, frente a las autoridades de los países y más del 50% de las personas con esta condición no presentan una correcta clasificación de su discapacidad, lo que al confrontar con la información del presente estudio se puede determinar que los datos llevan una coincidencia con la situación actual de la discapacidad en el mundo. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Al preguntar acerca del sistema más afectado en las personas con discapacidad encontramos que el sistema nervioso y el sistema auditivo son los más afectados con un 22,7% cada uno; seguido del sistema visual con el 15,9% y en tercer lugar el sistema motor corporal con el 13,6%, estas cifras revelan que la discapacidad física es la de mayor prevalencia ya que la alteración del sistema nervioso y del sistema motor corporal conlleva una discapacidad física, es decir, que aproximadamente el 36% de la población presentó discapacidad física, lo cual se acerca a la información del CONADIS que dice que en el Cantón Otavalo el 41% de las discapacidades corresponde a la discapacidad física (Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades, 2014). A esto hay que agregar que la presente investigación muestra que el 40,9% de la población estudiada presentó dificultad para caminar, correr y saltar y que el 20,5% tuvo dificultad para llevar, mover, utilizar objetos con las manos esto evidencia también información sobre la discapacidad física.

El 27,3% de la población presentó discapacidad intelectual (dificultad para mantener procesos mentales normales como pensar y memorizar), el 27,3% tuvo discapacidad visual (dificultad para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas); el 38,6% discapacidad del lenguaje (dificultad en el proceso del habla y la comunicación), el 27,3% discapacidad psíquica (problemas para relacionarse con las demás personas y el entorno).

Las actividades de la vida diaria son todas aquellas que intervienen en la capacidad del autocuidado (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 2010); este estudio revela que el 86,4% de la población de estudio fue independiente en el desarrollo de sus AVD, el análisis de las AVD ayuda a considerar el grado de independencia lo cual va a reflejar la calidad de vida del individuo; el estudio realizado por Oswaldo Acosta menciona que existe una relación directamente proporcional entre el grado de independencia de las personas y el tiempo de vida. (Acosta & González , 2010)

El 45,5% de la población no conoció el origen de la discapacidad, el 15,9% mencionó que se debe a un accidente y el 11,4% corresponde a problemas prenatales, el dato de desconocer la causa de la discapacidad es muy elevado.

De las personas que mencionaron que el origen de su discapacidad fue algún tipo de accidente, el 42,9% refieren que el accidente fue de origen laboral, el 28,6% fueron accidentes en el hogar, el 14,3% fue por accidente de tránsito y el 14,3% restante se encuentran en otro tipo de accidentes; cifras lamentables ya que los accidentes se pueden prevenir, en la actualidad se han endurecido las leyes con este objetivo lo importante de esto es que se cumplan y que la gente se concientice sobre cumplir las normas tanto en el área de la seguridad laboral, en la seguridad vial y en la de la infancia y adolescencia ya que las estadísticas de la Misión Solidaria Manuela Espejo mencionan que en el Ecuador el 23% de las discapacidades se dan por falta de atención en el embarazo, 11% por accidentes en el hogar y un 7% por accidentes de tránsito (El Universo, 2014)

La gran mayoría de la población de estudio (77,3 %) no tenía ningún tipo de afiliación al sistema de salud, mientras que el 13,6% se encontraba afiliada al IESS y el 9,1% al seguro campesino; lo cual explica porque el 77.3% de la población encuestada no ha recibido ningún tipo de atención general durante el último año, esta cifra sobresale ya que lo mínimo a lo que una persona con discapacidad debe contar es con atención por parte de un médico general que le ayude a mejorar su condición de vida y a prevenir posibles complicaciones, este referente apoya la teoría de Gonzales el cual en su estudio de Discapacidad y Pobreza en donde dice que la pobreza está altamente relacionada con la discapacidad y su elevado índice de mortalidad (González, 2011)

El 34,1% de las personas con discapacidad necesitan usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentemente, el 13,6% menciona que recibieron fórmula médica permanente. Parece ser que existe una renuencia por parte de los profesionales de la salud para remitir a los pacientes hacia cualquier tipo de rehabilitación ya que las cifras de remisión a rehabilitación son muy bajas por ejemplo: el 4,5% fueron remitidos a medicina física y de rehabilitación, el 6,8% a fisioterapia, el 4,5% a terapia ocupacional y el 6,8% han recibido remisión para optometría, esta resistencia para remitirlos puede ser por varias causas una de ellas es que los pacientes no ven necesaria la intervención interdisciplinaria, otra es que el acceso ya sea por el factor económico, geográfico, cultural, etc. sea difícil para el paciente; en este ámbito al Ecuador le hace falta potenciar el trabajo interdisciplinario en la salud sobre todo en el área rural; este fenómeno no solo es del Ecuador sino de los países subdesarrollados tal como lo menciona la UNICEF en el informe sobre “Niñas y niños con discapacidad” (UNICEF, 2013)

En las comunidades intervenidas únicamente el 4,5% de las personas con discapacidad asisten al servicio de rehabilitación, de los cuales el 4,5% recibe su rehabilitación en algún servicio privado y el 2,3% en el sector público. El 59,1% de la población menciona que no recibe rehabilitación porque le queda lejos el servicio o no tiene quien le lleve. Como se evidencia los índices de

atención en rehabilitación para las personas con discapacidad son alarmantes y propias de los países subdesarrollados. (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2014) (UNICEF, 2013)

CONCLUSIONES

1. Existe una relación proporcional entre la discapacidad y la edad, es decir a mayor edad mayor prevalencia de discapacidad, mientras que el género es independiente de la prevalencia de la discapacidad.
2. La discapacidad física fue la de mayor prevalencia en las comunidades encuestadas dentro de la cual se encuentran las deficiencias motoras y neuromotoras que generan alteraciones del movimiento.
3. La mayoría de las personas con algún tipo de discapacidad son independientes en el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria, aunque no se puede asociar el grado de independencia con el tipo de discapacidad.
4. Las causas que originaron la discapacidad en su mayoría se deben a factores prevenibles como los accidentes, problemas perinatales y postnatales, aunque se presenta una cifra importante que se relaciona con el factor hereditario.
5. Falta conocimiento sobre la importancia del trabajo multidisciplinar entre los profesionales de la salud ya que la mayoría de las personas encuestadas no asisten al servicio de rehabilitación
6. La población de estudio no ha recibido atención médica adecuada y mucho menos atención en el servicio de rehabilitación esto puede ser a causa de la dificultad de acceso por la distancia y por el factor económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcántara O, M., & Cols. (2012). Aspectos generales y panorama actual del estudio molecular de la fenilcetonuria (PKU) en México. *Acta Pediatr Mex*, 324-328.
2. Lugo A, L., & Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Rev Col Med Fis Rehab*, 164-179.
3. Rodríguez P, R., & Cols. (2011). Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la República del Ecuador. *Rev Cubana Genet Comunit*, 106-112.
4. Acosta, C., & González, A. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 393 - 401.
5. ALDE. (3 de febrero de 2015). *Alde.com*. Obtenido de <http://www.distonia.org/distonia.html>
6. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (10 de Enero de 2015). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Obtenido de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ecuaonline.net%2Fhtml%2Fdocs%2FLEYORGANICADEDISCAPACIDADES.pdf&ei=HdLSU4q2OcvmsASUsYGYDw&usg=AFQjCNG_ryDa-STQKxXSZWnT2-mUIZRI7w&sig2=jstIAa
7. Atendiendo Necesidades. (30 de Noviembre de 2014). *Discapacidad: tipos y características*. Obtenido de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>
8. Balicevic, I., & Robles, A. (enero de 2007). *ESCLEROSIS MULTIPLE*. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7122/1/ESCLEROSIS%20MULTIPLE.pdf>
9. Cazar, R. (2001). Historia de la Discapacidad.
10. CDC. (3 de Febrero de 2015). *Hoja informativa sobre Discapacidad Intelectual*. Obtenido de [www.cdc.gov/pronto:http://www.cdc.gov/NCBDDD/Spanish/actearly/pdf/spanish_pdfs/Spanish_intelectual.pdf](http://www.cdc.gov/pronto/http://www.cdc.gov/NCBDDD/Spanish/actearly/pdf/spanish_pdfs/Spanish_intelectual.pdf)
11. Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (2010). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 127-137.
12. Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (30 de Marzo de 2007).
13. Cuéntame México. (20 de Diciembre de 2014). *Discapacidad en México*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
14. Definición abc. (12 de 20 de 2014). *Definición de rural*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/general/rural.php#ixzz3NghjrKSU>
15. Diaz, A. (2010). Discapacidad motora. *innovacion y experiencias educativas*, 1-8.

16. Domínguez, R., & Cols. (2012). Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. *6 Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 26-35.
17. Encalada, E., García, F., & Ivarsdotter, K. (2009). Participación de los pueblos indígenas y negros en el desarrollo del Ecuador. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 186-192.
18. Falagán R, M., & Cols. (2000). *MANUAL BÁSICO DE PREVENCIÓN*
19. Gonzáles, A. (2011). Discapacidad y Pobreza. *Acta mèdica* , 203-207.
20. Guillén L, S., & Vela A, M. (2011). Actualidades en el tratamiento nutricional de la fenilcetonuria. *Acta Pediatr Mex*, 107-114.
21. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
22. IMSERSO. (2011). LA PARÁLISIS CEREBRAL. *Observatorio de la Discapacidad* .
23. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (02 de 01 de 2014). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
24. Jordey LB, , Carey JC, & White RL. (1996). *Genética Médica*. Barcelona: Mosby.
25. Levin, Munger, & Cols. (2003). Multiple Sclerosis and Epstein – Barr Virus. *JAMA*, 1533 – 1536.
26. Lin H-Y, Lin S-P, & Cols. (2006). Clinical characteristics and survival of Trisomy 18 in a Medical Center in Taipei, 1988- 2004. *Am J Med Genet*, :945-51.
27. López, N. (2012). AVANCES DE LA MEDICINA PERINATAL Y LA CRECIENTE INTOLERANCIA A LA DISCAPACIDAD. *Cuad. Bioét. XXIII*, 530-564.
28. Márquez C, E., & Cols. (2011). Epidemiology and the overall management of the intellectual disability. *Scielo*, 443-449.
29. Martell, M., & Cols. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. *Arch Pediatr Urug*, 9-16.
30. OPS. (2009). *Estado de la seguridad vial en Region de las Américas*.
31. OPS. (2011). *Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad* . Washington.
32. Organización Mundial de la Salud . (Diciembre de 2014). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
33. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Discapacidad y Salud*.
34. Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial. (15 de 09 de 2014). *Informe mundial Sobre la Discapacidad*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
35. Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* . Quito: CERMI.
36. Perez A, A. (2010). Trisomía 18 (Síndrome de Edwards). *Asociación Española de Pediatría*, 96-100.

37. puebla, u. d. (s.f.). *wikipedia*. Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad_visual#cite_note-2
38. Ruiz R, R. (2009). *Síndrome de Down y logopedia*. España: A de Lamo.
39. SAES. (2006). *Accidentes de tránsito y discapacidad de la sociedad Argentina*. Argentina.
40. Salgado, A. (27 de Febrero de 2015). *La observación*. Obtenido de
41. Samaniego F, C., Cancho C, R., & Centeno M, F. (2012). ENFERMEDADES GRAVES CON DIAGNÓSTICO PRENATAL. *Cuad. Bioét. XXIII*, 214-197.
42. Sanjurjo P, & Cols. (2008). Los errores congénitos del metabolismo como enfermedades raras con un planteamiento global específico. *Scielo*.
43. Schalock, R. (2009). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 5-20.
44. Sierra C, O. (21 de Noviembre de 2012). *atendiendonecesidades.blogspot*. Obtenido de [atendiendonecesidades.blogspot: http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html](http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html)
45. *Sistema Nacional de Información*. (24 de Julio de 2009). Obtenido de <http://infdigital.sni.gob.ec/?p=1007>
46. Soler, A. (2008). Discapacidad y Dependencia: una Perspectiva de Género. *XI Jornadas de Economía Crítica* (págs. 1-25). Bilbao: Bilbao.
47. Telecentros para todos. (10 de Diciembre de 2014). *Causas de los diferentes tipos de discapacidad, sus limitaciones y potencialidades*. Obtenido de <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.htm>
48. Torres M, J., & Rojas, C. (6 de Agosto de 2011). *Asfixia perinatal*. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de [scp.com.co: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-B.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-B.pdf)
49. UNICEF. (05 de 2013). *Niñas y Niños con Discapacidad*. Obtenido de http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_fullreport_esp%282%29.pdf
50. Universidad de la Sabana. (22 de Febrero de 2015). *Universidad de la Sabana Investigación Aplicada*. Obtenido de <http://www.unisabana.edu.co/carreras/comunicacion-social-y-periodismo/trabajo-de-grado/opciones-de-trabajo-de-grado/investigacion-aplicada/>
51. Universidad de Murcia. (10 de marzo de 2014). www.um.com.es. Obtenido de <http://ocw.um.es/cc.-sociales/trastornos-del-desarrollo-y-logopedia/material-de-clase-2/tema5.pdf>
52. Universidad de Navarra. (27 de Febrero de 2015). *La Encuesta y los Diseños de Investigación*. Obtenido de http://www.unavarra.es/personal/vidaldiaz/pdf/tipos_encuestas.PDF