



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

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

**TEMA: “DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA  
DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA  
EUGENIO ESPEJO DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE  
IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DEL 2014”.**

**AUTORES:**

**FLORES ENDARA JOSÉ LUIS**

**ARCE TIRIRA IVÁN ROBERTO**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**LIC. PAULINA GARRIDO**

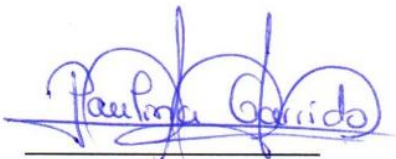
**Ibarra - 2015**

## PÁGINA DE APROBACIÓN

Yo, Lic. ANDREA PAULINA GARRIDO SUAREZ, en calidad de directora de la tesis titulada: “DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA EUGENIO ESPEJO DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DEL 2014”. de autoría de FLORES ENDARA JOSÉ LUIS y ARCE TIRIRA IVÁN ROBERTO, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 05 días del mes de agosto de 2015.

Atentamente.



Lic. Paulina Garrido

C.I 1002516449



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**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, 5 de agosto del 2015

Los Autores:

José Luis Flores Endara e Iván Roberto Arce Tirira

Nombres y Apellidos

C.I.: 100299296-2

100354036-4



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

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

Yo, José Flores, con cédula de identidad Nro. 100299296-2, e Iván Roberto Arce Tirira, con cédula de identidad Nro. 100354036-4, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: “DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA EUGENIO ESPEJO DEL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIADOS EN TERAPIA FÍSICA** en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad Facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Nombre: José Luis Flores Endara e Iván Roberto Arce Tirira

Cédula: 100299296-2

100354036-4

Ibarra, 5 de agosto del 20015



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

Yo, José Luis Flores Endara con cédula de identidad Nro.100299296-2 e Iván Roberto Arce Tirira con cédula de identidad Nro. 100354036-4; en calidad de Autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Firma

Nombre: José Luis Flores Endara e Iván Roberto Arce Tirira

Cédula: 100299296-2

100354036-4

Ibarra, 5 de agosto del 2015





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN**

**A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

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

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

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b>	<b>DE</b>	<b>100299296-2</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	<b>Y</b>	<b>Flores Endara Jose Luis</b>	
<b>DIRECCION :</b>		<b>Cotacachi ciudadela Pradera Sierra</b>	
<b>EMAIL:</b>		<b>pepeluchoft1@hotmail.com</b>	
<b>TELEFONO FIJO:</b>	<b>062 916 156</b>	<b>TELEFONO MOVIL:</b>	<b>09 88 354719</b>

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b>	<b>DE</b>	<b>100354036-4</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	<b>Y</b>	<b>Arce Tirira Ivan Roberto</b>	
<b>DIRECCION :</b>		<b>Cotacachi ciudadela Pradera Sierra</b>	
<b>EMAIL:</b>		<b>nutribati2@hotmail.com</b>	

<b>TELEFONO FIJO:</b>	<b>062 542 285</b>	<b>TELEFONO MOVIL:</b>	<b>09 82 768054</b>
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TITULO</b>	<b>“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA EUGENIO ESPEJO DEL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2014”</b>		
<b>AUTOR (ES)</b>	<b>Jose Luis Flores Endara Ivan Roberto Arce Tirira</b>		
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	<b>2015- 08- 05</b>		

**Nombre: José Luis Flores Endara e Iván Roberto Arce Tirira**

**Cédula: 100299296-2**

**100354036-4**

**Ibarra, 5 de agosto del 2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios porque siempre fue parte de esta lucha hacia al éxito, brindándonos salud, sabiduría y esperanza para cumplir todos nuestros propósitos y así de esta manera llegar a concluir nuestras metas planteadas.

A mis padres pilares fundamentales que gracias a su apoyo incondicional brindado durante toda nuestra carrera estudiantil e inculcarnos valores éticos y morales con respeto y honestidad, hoy están viendo sus frutos.

A nuestros maestros, guías constantes, quienes nos han brindado sus conocimientos y sus experiencias dentro y fuera de las aulas de clase.

**José Luis Flores Endara**

**Iván Roberto Arce Tirira**



## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro tutor de tesis Licenciada Paulina Garrido quien con su apoyo y conocimiento nos brindó su ayuda incondicional y desinteresada para cumplir nuestro objetivo.

A los pobladores de la Parroquia Eugenio Espejo cantón Otavalo por haber colaborado con el desarrollo de esta investigación.

A todas las autoridades de gobierno autónomo descentralizado de la parroquia Eugenio Espejo por colaborar con sus criterios y sugerencias en la elaboración de este trabajo de tesis.

A todos los amigos y demás personas, que colaboraron en el desarrollo de este presente trabajo de investigación un infinito y sincero agradecimiento.

**José Luis Flores Endara**  
**Iván Roberto Arce Tirira**

## INDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DE APROBACIÓN .....	ii
CONSTANCIAS.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	v
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN .....	vii
DEDICATORIA .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
INDICE DE CONTENIDOS .....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY .....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA .....	1
1.1 Planteamiento del Problema .....	1
1.2 Formulación del Problema .....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos .....	5
1.4.1 Objetivo General .....	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II .....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Discapacidad .....	7
2.2 Etiología .....	9
2.2.1 Tendencias en las condiciones de salud asociadas a la discapacidad .....	9
2.3 La discapacidad según la Organización mundial de la salud.....	12
2.4 Tipos de Discapacidad .....	13
2.5 Clasificación Internacional del funcionamiento, discapacidad y de la salud...	16
2.5.1 Discapacidad y desarrollo .....	17

2.7 La situación mundial en materia de Discapacidad.....	18
2.8 Necesidades de servicios y asistencia .....	20
2.9 Atención de salud en general .....	21
2.10 Rehabilitación .....	21
2.11 Las barreras en edificios y calles .....	23
2.12 Educación.....	24
2.13 Tasas de ocupación .....	25
2.14 Protección social .....	26
2.15 Georreferenciación.....	27
2.16 Contexto de la comunidad Eugenio Espejo .....	27
2.3 Marco Legal .....	30
2.3.1 Aspectos Legales de la Constitución de la República del Ecuador .....	30
2.3.2 Ley de Discapacidad .....	33
CAPÍTULO III.....	41
METODOLOGÍA .....	41
3.1 Tipos de Investigación .....	41
3.1.1 Investigación Descriptiva.....	41
3.1.2 Investigación Explicativa.....	41
3.1.3 Tipos de Investigación según el grado de Abstracción.....	42
3.1.4 Tipos de Investigación según la Naturaleza de los datos.....	42
3.2 Tipos de Diseño de Investigación .....	43
3.3 Métodos de la Investigación .....	43
3.3.1 Método Analítico-Sintético.....	43
3.3.2 Método Inductivo-Deductivo .....	43
3.4 Localización .....	44
3.5 Población.....	44
3.6 Identificación de las Variables .....	44
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	45
3.8 Operacionalización de las Variables .....	46
CAPÍTULO IV.....	49
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	49
4.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados .....	49

4.2 Discusión de resultados.....	79
4.3 Respuestas a las Preguntas .....	81
4.4 Conclusiones .....	82
4.5 Recomendaciones.....	83
4.6 Glosario de términos .....	84
BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA .....	88
ANEXOS .....	91
Anexo 1. Encuesta.....	91
Anexo 2. Figura 1.- Sistemas biológico, social y ecológico.....	96
Anexo 3. Figura 2.- Factores de Riesgo de la Discapacidad.....	97
Anexo 4. Figura 3.- clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. .....	98
Anexo 5. Figura 4.-Clasificacion Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud.....	99
Anexo 6. Figura 5.- Prevalencia de la discapacidad. ....	100
Anexo 7. Figura 6.- Educación .....	101
Anexo 8. Fotos relatorías .....	102

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mapa Georreferenciado de la Parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo .....	49
Tabla 2 Distribución de personas con discapacidad de acuerdo a su edad. ....	50
Tabla 3 Disponibilidad de servicios .....	51
Tabla 4. Utiliza agua potable para la preparación de alimentos. ....	52
Tabla 5 Actualmente vive en una casa o en un cuarto. ....	53
Tabla 6 En qué condiciones posee la vivienda. ....	54
Tabla 7 Recibe algún servicio del gobierno. ....	55
Tabla 8 Es beneficiario de programas de. ....	56
Tabla 9 De equipamiento de vivienda.....	57
Tabla 10 Tiene servicios básicos a su nombre. ....	58
Tabla 11 Tiene subsidio en los servicios básicos.....	59
Tabla 12 Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente. ....	60
Tabla 13. Está afiliado.....	61
Tabla 14. Cuál es el tipo de afiliación.....	62
Tabla 15. Sabe leer y escribir.....	63
Tabla 16 Estudia en.....	64
Tabla 17 Para atender a las personas con discapacidad el establecimiento cuenta con servicios de apoyo .....	65
Tabla 18 Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales.....	66
Tabla 19 Cuál es la causa principal por la cual no estudia.....	67
Tabla 20. Nivel de instrucción académica aprobado. ....	68
Tabla 21. Participación en actividades.....	69
Tabla 22. Discapacidad según su género. ....	70
Tabla 23. El tiempo de permanencia de la discapacidad. ....	71
Tabla 24. Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.....	72
Tabla 25 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: .....	73

Tabla 26. En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.....	74
Tabla 27. Clase de tratamiento recomendado. ....	75
Tabla 28. Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación.....	76
Tabla 29. Por qué no recibe servicio de rehabilitación. ....	77
Tabla 30. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:.....	78



# **“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA EUGENIO ESPEJO DEL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2014”**

**Autores:** José Luis Flores Endara

Iván Roberto Arce Tirira

**Tutor:** Lic. Paulina Garrido

## **RESUMEN**

La discapacidad es un término que abarca las deficiencias, limitaciones y restricciones de las personas en la participación de las actividades de la vida diaria, y tomando en consideración que no existen estadísticas a nivel cantonal y parroquial, se procedió a realizar este estudio ayudados de la técnica de investigación descriptiva y explicativa; según la naturaleza de los datos es cuantitativa y cualitativa y su nivel de abstracción es una investigación aplicada con diseño no experimental de corte transversal. Con este sondeo se cumplió con la realización del Diagnostico Georeferenciado de la discapacidad en las comunidades de la Parroquia Eugenio Espejo, encontrando un total de 61 personas con diferente tipo de discapacidad de las cuales el 42,60% concierne a discapacidad física seguida del 18% que corresponde a discapacidad auditiva; una vez finalizada la investigación se pudo establecer que la comunidad con mayor número de personas con discapacidad es la comunidad de Calpaquí con el 56% de la población encuestada. En cuanto a su etnia el mayor porcentaje con un valor del 98% le corresponde a las personas que se auto determinan indígenas, predominando el sexo femenino con un porcentaje del 68%; en cuanto a la escolaridad el nivel es muy bajo y se encontró que nadie posee estudios de tercer nivel sin embargo la mayoría tiene educación preescolar con el 26,20%, primaria 4,90% y secundaria el 1,60%. También el 63,90% de los encuestados no sabe leer ni escribir. Al ultimar la tabulación se evidencio que en la parroquia Eugenio Espejo las ayudas técnicas, tecnológicas, económicas y servicios sociales suministrados por parte del gobierno central tales como Joaquín Gallegos Lara benefician a tan solo el 3,28% de las personas con discapacidad. La misión Manuela Espejo beneficia al 6,56% de las personas con discapacidad, el equipamiento de vivienda por discapacidad llega a beneficiar al 8,20 % de la población y el mayor porcentaje el servicio del bono de desarrollo humano con un 77% que abarca a la mayoría de la población. Examinado todos los resultados y de haber culminado esta primera fase es justo continuar socializando sobre el valor de ejecución de este estudio ya que constituye un gran aporte investigativo para la universidad, la carrera, y más que todo el mérito que nos llevamos como investigadores al realizar estas actividades; seria imperioso que la Universidad Técnica del Norte pionera en esta investigación; siga tomando la iniciativa y continúe con programas que benefician a la provincia, al alumnado y a las personas con discapacidad encuestadas y originar así, un modelo a seguir por otras instituciones sean estas públicas o privadas.

Palabras clave: Diagnostico, Georeferenciado, Discapacidad.

## **“DIAGNOSTIC GEORREFERENCED DISABILITY COMMUNITIES IN EUGENIO ESPEJO OF OTAVALO PROVINCE IMBABURA”**

**Authors:** José Luis Flores Endara

Iván Roberto Arce Tirira

**Tutor:** Lic. Paulina Garrido

### **SUMMARY**

The disability is a term that encompasses the deficiencies, limitations and restrictions of persons for participation in the activities of daily living and taking into consideration there are no statistics to cantonal and parish level, we proceeded to conduct this study which applied research descriptive, explanatory and correlational, being the nature of the data, quantitative and qualitative, the level of abstraction was a research with non-experimental design of cross-section.

With this research a georeferenced diagnostic of disability in the communities of the parish Eugenio Espejo, finding 61 people with disabilities of which 42.60% physical disability concerns followed by 18% which corresponds to hearing impairment was performed after completion; Research was established that the community with the highest number of disabled people is the community Calpaquí with 56% of the surveyed population. As for the largest share ethnicity with a value of 98% it was found in people who self-indigenous determine, predominantly female with a percentage of 68%; in terms of education level it is very low and found that no one has yet tertiary studies most have preschool with 26.20%, 4.90% primary and secondary 1.60%. 63.90% cannot read or write.

To finalize the tabulation showed that in Eugenio Espejo Parish assistive economic, technological, and social services provided by the central government such as Joaquin Gallegos Lara benefit only 3.28% of people with disabilities. The Manuela Espejo mission benefits to 6.56% of the disabled equipment Disability housing benefit reaches to 8.20% of the population and the highest percentage the service of human development bonus with 77% covering the majority of the population.

Seen all the tabulated results and have completed this first phase is just continue socializing on the value of implementing this study as it is a great contribution to research college, career, and most of all the merit that we get as researchers to these activities, would be imperative that the Technical University of North pioneer in this research; continue to take the initiative and continue with programs that benefit the province, students and people with disabilities and thus leaving respondents reflected a model for other institutions, whether public or private.

Key words: diagnosis, georeferenced, disability.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud en la actualidad indica que a nivel mundial existe “más de mil millones de personas, o sea, 15% de la población mundial viven con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento debido a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior; además el aumento de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos de la salud mental. Aspectos que provocan discapacidad. (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013)

En la Provincia de Imbabura, específicamente en el cantón Otavalo no se encontró antecedentes relacionados con el porcentaje de las personas con discapacidad, siendo razón primordial la realización de investigaciones afines con discapacidad, y lograr identificar las barreras que existen y así poder disminuirlas para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

María Miguez en su investigación menciona que la Discapacidad es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). Y para todos los tipos de deficiencias existen diferentes estrategias en el ámbito, Conforme pasan los años, y el número de estas siguen creciendo; se hace nuevos estudios e investigaciones. (Miguez, 2009)

Porque para las personas con discapacidades es indispensable un adecuado tratamiento en fisioterapia y rehabilitación integral, además proporcionar todo tipo de ayudas técnicas, económicas y asistencia médica especializada paralela a la discapacidad, siendo de fácil acceso con el propósito de alcanzar y mejor desempeño para que así sean incorporados a la sociedad como entes productivos, obteniendo un estilo de vida saludable conforme a sus capacidades.

El Consejo Nacional de Discapacidades sugiere que la discapacidad en nuestro país es un tema prioritario tratado por parte del gobierno central través de sus diferentes programas de ayuda social. Se ha logrado concertar el interés de las autoridades a nivel de Presidencia, Asamblea Nacional y otros organismos del Gobierno, sobre este tema, redundando en acciones más directas en este campo, se ha consolidado el accionar del campo de las discapacidades en un nuevo paradigma que se basa en la autonomía personal, la inclusión y los derechos humanos, superando las concepciones del paternalismo y beneficencia. (Ombudsman, 2010)

Al ser éste un tema prioritario del gobierno central, aún existe dificultad en cuanto a personas que no han sido beneficiadas con ningún tipo de ayuda social, y que tienen el derecho de ser favorecidas por su condición, con ayudas económicas o ayudas técnicas, otro punto a tomar en cuenta es el desconocimiento de los beneficios de la terapia física, y de contar con un profesional en el área de atención primaria de salud.

La falta de movilidad y por ende las complicaciones dadas al transportarse, por los servicios inadecuados del transporte público para las personas con ayudas externas como una silla de ruedas, prótesis dispositivos para disponer de movilidad hacen que su normal desempeño se vea afectado.

Debido a la reducción de la movilidad y a la pérdida de la capacidad de caminar, la discapacidad puede motivar numerosas complicaciones médicas, entre algunas de las más comunes se encuentran las úlceras por decúbito, la trombosis, la impotencia y la neumonía.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál es el Diagnóstico de la discapacidad en las personas de las comunidades de la Parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo y su posicionamiento global?

## **1.3 Justificación**

El presente trabajo de investigación es de fundamental importancia no solo para el cantón Otavalo y su parroquia Eugenio Espejo sino también para la provincia de Imbabura y el Ecuador ya que este tipo de estudios apoyan con información actualizada en discapacidad a los proyectos que pudieran ser emprendidos por organismos públicos o privados, consiguiendo solucionar así problemas de la discapacidad como por ejemplo el acceder a bonos y otros beneficios como visita médica o ayudas técnicas que mejoran la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Con el desarrollo de esta investigación se busca obtener información científica, técnica y tecnológica, que sea clara y precisa sobre el tema con la finalidad de profundizar la investigación de las personas con discapacidad y permitir el desarrollo de estudios posteriores para beneficio de la comunidad, cantón, provincia y del país.

Con ésta investigación dentro y fuera de la provincia se busca ampliar los conocimientos de las personas con discapacidad de la Parroquia Eugenio Espejo, concienciar la necesidad de cumplir a cabalidad con las normativas de ley a favor de la persona con discapacidad y que contribuyan a mantener un buen estilo de vida.

De acuerdo al Dr. Lenin Moreno (2010) “Los problemas eran tantos que las personas con discapacidad pasaban dentro de sus casas por temor a salir. Resultaban seres invisibles. No es fácil enfrentar situaciones como que tu silla de ruedas no pasa por la puerta, que haya gradas sin rampas, que los sitios de parqueo para las personas con discapacidad los ocupan otras personas; ahora las personas con discapacidad

salen con la frente en alto y son visibles. Hoy existe consciencia de sus necesidades especiales tan importantes para el buen vivir y el correcto desempeño de actividades”.

La salud de la persona con discapacidad, su buen vivir y con ello la felicidad de sentirse bien y sin barreras llevan a los estudiosos de la salud a realizar investigaciones que permitan mejorar día a día la atención y los tratamientos; más aún cuando se trata de personas con discapacidad, que necesitan estar bien para el cumplimiento de sus actividades diarias, cuidado a su familia y para sí mismos.

La rehabilitación física permite la recuperación funcional, lo cual implica alcanzar una movilidad suficiente y un control muscular que facilite las actividades de la vida diaria. La fisioterapia se debe realizar periódicamente y no se debe utilizar ninguna técnica agresiva y dolorosa para garantizar un buen desempeño y estilo de vida óptimo.

Los beneficios directos de esta investigación son para la población con discapacidad de la Parroquia Eugenio Espejo, y de forma indirecta se verán beneficiados los familiares, las instituciones públicas y privadas también la sociedad, misma que contará con información específica y actualizada de la discapacidad

En la actualidad y próximos a ser profesionales dentro del campo de la fisioterapia, aspecto que demanda una especial formación y ética profesional adquirida en las aulas universitarias, los conocimientos y valores serán puestos en práctica al momento de realizar el trabajo investigativo, y en el desarrollo de las prácticas profesionales.

Este proyecto de investigación tiene la viabilidad de ser ejecutado en virtud de que el estudiante de fisioterapia cuenta con los conocimientos sobre investigación, así como también del aspecto científico y técnico del tema, por otro lado se cuenta con materiales y documentos informativos necesarios para su desarrollo, y además



existe la predisposición de los docentes de la Carrera de Terapia Física de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra en virtud de que el investigador realiza sus estudios en esta institución.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Realizar el Diagnóstico de la discapacidad en las personas de las comunidades de la Parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo y su posicionamiento global.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar el grupo etario de mayor incidencia que presenta discapacidad
- Identificar las condiciones socioeconómicas que presentan la población
- Describir las alteraciones persistentes en las personas con discapacidad

## **1.5 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es el grupo etario de mayor incidencia que presenta discapacidad?
- ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas de la población objetivo?
- ¿Cuáles son las alteraciones persistentes en las que las personas con discapacidad?



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Discapacidad**

La discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para realizar tareas o acciones, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (Banco Mundial y OMS, 2011).

La discapacidad está definida tradicionalmente como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad de la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social”. Esta definición refleja las consecuencias de las deficiencias en el rendimiento funcional de la actividad cotidiana de las personas en la ejecución de tareas y conductas (Parra, 2009).

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en términos de desempeño, funcional y actividad del individuo. Las discapacidades representan trastornos a nivel de la persona. La discapacidad depende no solo de la deficiencia, sino también de otros factores como la edad, la comorbilidad, o los déficits sensoriales añadidos (Poloño, 2004).

La perspectiva de los derechos humanos permite considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una

situación que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa crecer en familia, asistir a la escuela, trabajar y participar en la toma de decisiones sobre políticas que los afecte (Amate, 2006).

La discapacidad es toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano en su contexto social (Parra, 2009).

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Y define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos (Schalock, 1999).

La discapacidad es una realidad humana percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición considerada deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad física, discapacidad sensorial, discapacidad cognitiva, discapacidad intelectual, enfermedad mental y varios tipos de enfermedad crónica (Wikipedia, 2004).

Es aquella cuya salud se encuentra limitada por el deterioro de la función de un organismo resultado de una enfermedad daño o deficiencia creando limitaciones que afecten su vida diaria y necesitando de protección social (Palacios, 2008).

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ministerio de Salud y protección, 2015).

## **2.2 Etiología**

La etiología de una discapacidad física se puede encontrar en causas hereditarias (enfermedades que se transmiten de padres a hijos), accidentes (por ejemplo: una lesión medular tras un accidente de tráfico), enfermedades adquiridas durante la vida (por ejemplo: una infección cerebral o un derrame), o una enfermedad congénita (Barbero, 2012).

Las causas de discapacidad son diversas. Se relacionan con los sistemas biológico, social y ecológico (figura 1); que en su mayoría, son similares pues muchas de las que se presentan en el último grupo se inician tempranamente. Debe recordarse que el potencial genético y la capacidad inmunológica son determinantes del proceso salud-enfermedad en todas las etapas de la vida (OMS, 2006).

En los últimos años se empezaron a identificar los factores de riesgo de discapacidad (figura 2). Hay factores favorables a la salud o factores protectores como por ejemplo, la inmunización, la buena nutrición y acceso a los servicios salud. Los factores de riesgo identificados son muy variados pero los relacionados con el grupo de población constituido por niños y adolescentes son de carácter genético, por enfermedad aguda o crónica, nutrición violencia, educación incompleta, creencias culturales, inaccesibilidad a la buena salud, complicaciones perinatales, traumatismos intencionales o no, calidad del medio ambiente y condiciones de vida insalubres (OMS, 2006).

### **2.2.1 Tendencias en las condiciones de salud asociadas a la discapacidad**

Un creciente conjunto de pruebas estadísticas presenta un panorama complejo en el que los factores de riesgo varían según el grupo etario y socioeconómico, con un marcado aumento de la prevalencia de condiciones crónicas en la población general. A este respecto, se analizan las tendencias en tres categorías amplias de condiciones

de salud: las enfermedades infecciosas, las condiciones crónicas y las lesiones (Brojna, 2012).

**Enfermedades infecciosas;** las enfermedades infecciosas se pueden definir en términos de deficiencias o pueden crearlas. Se estima que representan el 9% de los AVD en los países de ingreso bajo y mediano. Las más prominentes son la filaríais linfática, la tuberculosis, el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Las enfermedades que tienen consecuencias neurológicas, como la encefalitis, la meningitis y las enfermedades infantiles contagiosas entre ellas, el sarampión, la parotiditis y la poliomielitis, son menos prominentes (Brojna, 2012).

**Enfermedades crónicas no transmisibles;** el aumento de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias, que se registra en todo el planeta, tendrá un profundo efecto en la discapacidad. Se estima que estas enfermedades representan el 66,5% de todas las actividades de la vida diaria en los países de ingreso bajo y mediano (Brojna, 2012).

Entre las demás condiciones incapacitantes, se incluían: hipertensión, dolencias de columna o cuello, diabetes, trastornos visuales, problemas pulmonares y respiratorios, fracturas, accidentes cerebrovasculares y trastornos auditivos. Enfermedades no transmisibles seguirán aumentando marcadamente en las regiones en rápido desarrollo. Los factores que contribuyen a explicar la tendencia ascendente son diversos: envejecimiento de la población, reducción de las dolencias infecciosas, disminución de la fecundidad, y cambios en el modo de vida relacionados con el tabaco, el alcohol, la alimentación y la actividad física (Brojna, 2012).

**Lesiones;** se sabe desde hace mucho tiempo que las lesiones ocupacionales y las causadas por accidentes de tránsito, la violencia y las crisis humanitarias son factores que contribuyen a la discapacidad. No obstante, existen muy pocos datos sobre la magnitud de esa contribución. La vigilancia de las lesiones se suele concentrar exclusivamente en los resultados a corto plazo, como la mortalidad o los cuidados



intensivos como consecuencia de una lesión. Por ejemplo, entre 1,2 millones y 1,4 millones de personas fallece cada año como resultado de accidentes de tránsito. Además, entre 20 millones y 50 millones de personas sufren lesiones. El número de personas que quedan discapacitadas a raíz de estos accidentes no está bien documentado. Un examen sistemático reciente del riesgo de discapacidad entre los conductores de automotores que habían sobrevivido a un accidente de tránsito estableció que existía una gran variabilidad en las estimaciones derivadas (Gil, 2008).

Las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad posterior a un accidente de tránsito oscilaban entre el 2% y el 87%, en gran medida como resultado de las dificultades metodológicas para medir las consecuencias no fatales después de la lesión. Se estima que las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito representan el 1,7% de todas las actividades de la vida diaria, la violencia y el conflicto representan otro 1,4% (Gil, 2008).

**Adultos mayores;** el envejecimiento de la población mundial ejerce una influencia muy importante en las tendencias de la discapacidad. En este caso, la relación es directa: el riesgo de discapacidad es más alto a una edad más avanzada, y las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes. Las tasas de discapacidad más elevadas en los adultos mayores reflejan una acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida: enfermedades, lesiones y enfermedades crónicas. La prevalencia de la discapacidad en las personas de 45 años o más en los países de ingreso bajo es más alta que en los países de ingreso alto, y es más elevada en las mujeres que en los hombres (Gil, 2008).

Los adultos mayores están representados en forma desproporcionada en las poblaciones con discapacidad. En muchos países, el envejecimiento de la población está asociado al aumento de la tasa de supervivencia hasta una edad avanzada y a la reducción de la fecundidad (Gil, 2008).

Sin embargo, el aumento de la proporción de personas mayores en las poblaciones nacionales y el incremento en el número de los «muy mayores», la mayoría en riesgo de discapacidad, están ampliamente documentados (Gil, 2008).

**Niños;** las estimaciones de la prevalencia de niños con discapacidad varían considerablemente según la definición y la medida de discapacidad, según los resultados del estudio Carga Mundial de Morbilidad, hay 93 millones (5,1%) de niños de 0 a 14 años que experimentan una discapacidad moderada o grave, de los cuales 13 millones (0,7%) sufren dificultades graves. De acuerdo con las estimaciones de un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de 2005, el número de niños menores de 18 años con discapacidad ascendía a 150 millones (Gil, 2008).

En un examen reciente del material publicado en países de ingreso bajo y mediano, se indica que la prevalencia de la discapacidad infantil oscila entre el 0,4% y el 12,7%, según el estudio y la herramienta de evaluación. Conforme a un estudio que se realizó en países de ingreso bajo, la falta de herramientas de evaluación orientadas específicamente a la cultura y el lenguaje ocasionaba problemas para identificar y tipificar la discapacidad. Esta cuestión puede explicar parcialmente las diferencias entre las cifras de prevalencia y sugiere que no se está identificando a los niños con discapacidad o que no reciben los servicios necesarios además alrededor de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su potencial de desarrollo cognitivo y socioemocional (Gil, 2008)

### **2.3 La discapacidad según la Organización mundial de la salud**

La Organización Mundial de la Salud propone una terminología que resulta clave a la hora de tratar sobre este tema. Así que, no podemos hablar de la terminología relacionada con los conceptos de disminución sin hacer una breve alusión al concepto de salud (Figura3). Según la Organización mundial de la Salud (OMS.): “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente

ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS, Clasificación Internacional del funcionamiento, discapacidad y salud., 2012)

**Deficiencia;** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica ya sea en forma temporal o permanente (Donoso, 2004).

**Discapacidad;** es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano (Donoso, 2004).

**Relación entre estos conceptos;** a una persona, una enfermedad o un trastorno, le puede producir una deficiencia (en una parte de su cuerpo, por ejemplo), que en consecuencia genera una discapacidad (como una disminución en el funcionamiento de esta parte del cuerpo), la cual puede significar una minusvalía cuando interactúe con el entorno (Donoso, 2004).

Estos conceptos se relacionan de la siguiente manera: enfermedad o trastorno, deficiencia-discapacidad-minusvalía. Un ejemplo: una persona sufre una miopía (que es una deficiencia) pero con el uso de gafas no le impide realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tiene ninguna minusvalía.

Una persona sufre una miopía (deficiencia) pero a pesar de llevar gafas, le impide ver con normalidad: esto representa una discapacidad. Se puede considerar que esta persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social (estudios, trabajo, tiempo libre,) se vea afectada para poder desarrollar el rol propio del entorno social cultural en el que vive (Donoso, 2004).

## **2.4 Tipos de Discapacidad**

Ya sabemos que la discapacidad, es una restricción o impedimento en la capacidad de realizar una actividad, bajo el parámetro de lo que es "normal"

(refiriéndonos por normal a la "mayoría") para un ser humano. Es una consecuencia o situación, con diferentes factores causales, habiendo, por lo tanto, distintos tipos de discapacidad.

Por otra parte, también hay niveles de discapacidad: leve, moderada o severa. Según el tipo de discapacidad, habrá un profesional o varios profesionales que evalúen a través de distintas pruebas específicas, el nivel que presenta. Señalar que estos niveles no son siempre fijos. Una persona puede evolucionar o involucionar, y pasar de un nivel severo a leve, o de moderado a severo (también dependiendo del tipo de discapacidad que hablemos) (Wiesner, 2008).

**Discapacidad intelectual**, es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. En los niños, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves. Los niños con discapacidad intelectual puede que tengan dificultad para comunicar a otros lo que quieren o necesitan, así como para valerse por sí mismos. La discapacidad intelectual podría hacer que el niño aprenda y se desarrolle de una forma más lenta que otros niños de la misma edad. Estos niños podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela (Rodríguez J. , 2009).

Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Verdugo, 2002).

**Discapacidad física**, la visión que tenemos de la persona con discapacidad física ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar, sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más

amables hacia la persona que vive con una discapacidad. Encontramos personas con discapacidad ocupando cargos importantes en la política, empresarios destacados, músicos, deportistas, artistas etc. (Cartón, 2009).

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas (Cartón, 2009).

**Discapacidad auditiva**, habitualmente, las ondas sonoras atraviesan el oído externo hasta llegar al tímpano, o membrana timpánica, que inicia su vibración y pone en movimiento la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo). Estos huesecillos transfieren la energía al oído interno, en donde los fluidos que se encuentran en su interior entran en movimiento, provocando que las células ciliadas (del caracol) transformen estas vibraciones en impulsos eléctricos, que se transmiten a través de las fibras nerviosas auditivas al cerebro (Martos, 2006).

El lenguaje permite a los seres humanos la comunicación a distancia y a través del tiempo; es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento. Consideramos las deficiencias auditivas como aquellas alteraciones cuantitativas en una correcta percepción de la audición (Martos, 2006).

**Discapacidad visual**, la gran mayoría de los niños con problemas de visión reciben su educación en centros de régimen ordinario donde, con el apoyo adecuado, pueden obtener una buena escolaridad. Sin embargo, en algunos casos las dificultades de estos niños no se reconocen o no son comprendidas. Es en este momento donde pueden surgir los problemas (Martos, 2006).

Los profesionales y el personal de apoyo, son las personas ideales para observar a los niños y tomar nota de aquellos comportamientos que indiquen un problema de

visión; siempre se debe recomendar a los padres y cuidadores que visiten al médico de cabecera, pediatra u oculista cuando exista algún indicio (Martos, 2006).

**Discapacidad psíquica**, la discapacidad psíquica no debe confundirse con la discapacidad mental, aunque mucha gente lo hace. La discapacidad psíquica afecta a áreas como la comunicación o las habilidades sociales, pero no a la inteligencia. Por tanto, la discapacidad psíquica afecta al comportamiento adaptativo. Trastornos como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar son causantes de esta discapacidad o diversidad funcional (Martínez, 2009).

**Discapacidad multisensorial**, los niños y jóvenes que tienen una combinación de dificultades visuales y auditivas pueden ser denominados discapacitados multisensoriales. Con frecuencia también se les llama sordo-ciegos, pero es importante recordar que un individuo puede conservar cierta audición o visión residual. Muchos de ellos también tendrán otros problemas adicionales que puede ser difícil saber hasta qué punto padecen otras dificultades cognitivas debido a la complejidad de ser sordos y ciegos (Zaragoza, 2011).

Cuando un niño nace con una combinación de dificultades visuales y auditivas se la denomina sordo-ceguera congénita o cuando desarrolla estos problemas en sus primeros años se llama sordo-ceguera adquirida (Zaragoza, 2011).

## **2.5 Clasificación Internacional del funcionamiento, discapacidad y de la salud**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud brinda un lenguaje unificado para clasificar los cambios en las funciones y estructuras corporales, las actividades, los niveles de participación y los factores ambientales que afectan la salud. Esto ayuda a evaluar la salud, el funcionamiento, las actividades y los factores ambientales que ayudan u obstaculizan la máxima participación de las personas en la sociedad (Figura 4) (OMS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud, 2001).

Las afecciones de salud se refieren a enfermedades, afecciones, trastornos, lesiones y traumatismos. La condición de salud por lo general es un diagnóstico, por ejemplo: los trastornos del espectro autista, la espina bífida y las lesiones cerebrales traumáticas (OMS, Clasificación Internacional del funcionamiento, discapacidad y salud., 2012).

### **2.5.1 Discapacidad y desarrollo**

La discapacidad es una cuestión de desarrollo, debido a que posee un vínculo bidireccional con la pobreza: la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad. Un creciente conjunto de datos empíricos de todo el mundo indica que es más probable que las personas con discapacidad y sus familias experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas que no experimentan una discapacidad. El surgimiento de una discapacidad puede generar el empeoramiento del bienestar social y económico y la pobreza a través de una multitud de canales que incluyen la repercusión negativa sobre la educación, el empleo, las ganancias y el aumento de los gastos vinculados a la discapacidad (San Miguel & Casasola, 1999).

Los datos sólidos permiten tomar decisiones acertadas en materia de políticas y programas sobre discapacidad. La información sobre el número de personas con discapacidad y sus circunstancias personales permite mejorar las medidas orientadas a eliminar las barreras incapacitantes y prestar servicios que promueven la participación de las personas con discapacidad (San Miguel & Casasola, 1999)

**Medición de la Discapacidad,** la medición de la discapacidad constituye una experiencia pluridimensional Compleja y plantea varios desafíos. Los métodos para medir la discapacidad varían de un país a otro e inciden en los resultados. Las medidas operacionales de discapacidad varían según el objetivo y la aplicación de los datos, la manera en que se concibe la discapacidad, los aspectos de la discapacidad

examinados (deficiencias, limitaciones de la actividad, restricciones de participación, condiciones de salud conexas (Pantano, 2009).

## **2.7 La situación mundial en materia de Discapacidad**

Los datos sólidos permiten tomar decisiones acertadas en materia de políticas y programas sobre discapacidad. La información sobre el número de personas con discapacidad y sus circunstancias personales permite mejorar las medidas orientadas a eliminar las barreras incapacitantes y prestar servicios que promueven la participación de las personas con discapacidad (Sánchez & Solar, 2008).

Los datos sobre deficiencias no son un sustituto adecuado de la información sobre la discapacidad. Las agrupaciones amplias de diversos tipos de discapacidad han pasado a formar parte de la terminología sobre el tema, y en algunas encuestas se procura determinar la prevalencia de diversos tipos de discapacidad sobre la base, tanto directa como indirecta, de evaluaciones y clasificaciones. Con frecuencia, los tipos de discapacidad se definen utilizando únicamente un aspecto de la discapacidad, como, por ejemplo, las deficiencias sensoriales, físicas, mentales, intelectuales, y otras veces se confunden condiciones de salud con discapacidad. Es posible que no se incluya en estas estimaciones a las personas con condiciones de salud crónicas, dificultades de comunicación y otras deficiencias, aunque afronten dificultades en su vida cotidiana (Sánchez & Solar, 2008).

Existe una suposición implícita de que cada tipo de discapacidad tiene necesidades específicas de índole social, educativa y de salud, rehabilitación y apoyo. Sin embargo, es posible que se requieran respuestas diferentes; por ejemplo, dos personas con la misma deficiencia pueden tener experiencias y necesidades muy diferentes (Sánchez & Solar, 2008).

Si bien los países necesitan información sobre las deficiencias, por ejemplo, como base para diseñar servicios específicos o para detectar o prevenir la discriminación,



esos datos tienen poca utilidad pues las tasas de prevalencia resultantes no son indicativas de la total magnitud de la discapacidad. Los datos sobre todos los aspectos de la discapacidad y los factores contextuales son importantes para elaborar un panorama completo de la discapacidad y el funcionamiento (Sánchez & Solar, 2008).

Aunque proporcionan numerosos datos socioeconómicos, como las tasas de empleo y el estado civil, los censos contienen poca información sobre la participación. Por otra parte, dado que se suelen realizar a intervalos regulares, solo proporcionan información sobre las tendencias a lo largo de un periodo determinado (Sánchez & Solar, 2008).

**Prevalencia de la discapacidad declarada por cada país**, el número de países que recopila datos sobre la prevalencia de la discapacidad a través de censos y encuestas es cada vez mayor, y en muchos casos se ha comenzado a aplicar un planteamiento basado en las dificultades de funcionamiento, en lugar de un planteamiento basado en las deficiencias. Las estimaciones de las tasas de prevalencia varían ampliamente dentro de un mismo país y entre los países (Figura 5). Un creciente número de países está utilizando el marco de la clasificación internacional del funcionamiento y las preguntas conexas en sus encuestas y censos nacionales. La experiencia recogida en el censo que se llevó a cabo en Zambia utilizando las seis preguntas establecidas por el Grupo de Washington. Con el tiempo, los esfuerzos realizados por los países junto con las iniciativas de alcance mundial y regional permitirán obtener estimaciones de la prevalencia de la discapacidad a nivel nacional que tendrán un mayor grado de estandarización y, por lo tanto, podrán compararse con más facilidad (Sánchez M. , 2005).

**Condiciones de salud**, la relación entre las condiciones de salud y la discapacidad es compleja. La posibilidad de que una condición de salud, en interacción con factores contextuales, ocasione una discapacidad está determinada por factores interrelacionados.

Con frecuencia, la interacción de varias condiciones, en vez de una dolencia, contribuye a la relación entre las condiciones de salud y la discapacidad. La comorbilidad, asociada más con la discapacidad grave que con dolencias individuales, tiene consecuencias en materia de discapacidad. Además, la existencia de múltiples condiciones de salud puede dificultar la gestión de los servicios de atención de salud y rehabilitación. Con frecuencia, las condiciones de salud crónicas ocurren al unísono (Sánchez M. , 2005).

No es posible elaborar estadísticas mundiales definitivas sobre la relación entre la discapacidad y las condiciones de salud. Los estudios que intenten correlacionar las condiciones de salud con la discapacidad sin tener en cuenta los efectos ambientales probablemente serán deficientes (Sánchez M. , 2005).

## **2.8 Necesidades de servicios y asistencia**

Las personas con discapacidad suelen requerir un amplio espectro de servicios, desde intervenciones relativamente sencillas y baratas hasta intervenciones complejas y costosas. Los datos sobre las necesidades tanto satisfechas como insatisfechas son importantes para las políticas y los programas. Es posible que las necesidades de apoyo insatisfechas estén relacionadas con actividades cotidianas, como el cuidado personal, el acceso a la asistencia y el equipamiento, la participación en la educación, el empleo y las actividades sociales, y las modificaciones en el hogar o el lugar de trabajo (OMS, 2006).

En los países desarrollados, las estimaciones nacionales sobre las necesidades están relacionadas, en gran medida, con actividades cotidianas específicas más que con tipos de servicios. En Alemania, por ejemplo, se estima que el 2,9% de la población total de ocho años o más necesita servicios de apoyo (OMS, 2006).

## **2.9 Atención de salud en general**

Existe un amplio espectro de factores que determinan el estado de salud de una persona, entre los que se encuentran los factores individuales; las condiciones de vida y de trabajo; las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en general, y el acceso a los servicios de salud. Se revela también que muchas personas con discapacidad tienen condiciones socioeconómicas peores que las personas sin discapacidad: sufren mayores tasas de pobreza, presentan menores tasas de empleo y tienen un nivel educativo inferior. Asimismo, sufren desigualdad en el acceso a los servicios de salud y, por ese motivo, tienen necesidades sanitarias no satisfechas en comparación con la población en general (Anula, 2006).

## **2.10 Rehabilitación**

La rehabilitación ha carecido de un marco conceptual unificador. Históricamente, el término se ha referido a una serie de respuestas a la discapacidad, desde las intervenciones para mejorar las funciones corporales hasta medidas más amplias con el fin de promover la inclusión. La Clasificación Internacional del funcionamiento brinda un marco útil para todo lo relacionado con la rehabilitación (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

En el caso de algunas personas con discapacidad, la rehabilitación es imprescindible para que puedan participar en la educación, el mercado de trabajo y la integración social. La rehabilitación es siempre voluntaria, y es posible que algunas personas necesiten apoyo a la hora de elegir entre las distintas posibilidades de rehabilitación. En todos los casos, la rehabilitación debe ayudar a potenciar a la persona con discapacidad y a su familia (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

En el artículo 26 de la Convención de discapacidad, Habilitación y rehabilitación, se dispone lo siguiente: “Los Estados Partes adoptaran medidas efectivas y

pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”. (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

Las medidas de rehabilitación se centran en las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, y los factores ambientales y personales. Contribuyen a que una persona logre y mantenga el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente, mediante la Prevención de la pérdida de función; reducción del ritmo de pérdida de función; mejora o restauración de la función; compensación de la función perdida; mantenimiento de la función actual (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

Tradicionalmente, las mediciones de los resultados de la rehabilitación han tenido en cuenta el nivel de deficiencia de la persona. Más recientemente, la medición de los resultados se ha ampliado a fin de incluir la actividad individual y la participación. La medición de los resultados en términos de actividad y participación evalúa el comportamiento de una persona en distintas esferas, en particular, la comunicación, la movilidad, el autocuidado, la educación, el trabajo y el empleo, y la calidad de vida. Esos resultados pueden medirse también en relación con los programas. Como ejemplos, cabría citar el número de personas que permanecen en su casa o comunidad (o que retornan a ellas), las tasas de vida independiente, las tasas de reincorporación laboral, y las horas dedicadas al ocio y las actividades recreativas. Los resultados de la rehabilitación pueden medirse también en función de los cambios ocurridos en el uso de los recursos, por ejemplo, reducción de las horas semanales necesarias para servicios de apoyo y asistencia (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

Se ha comprobado también que las intervenciones terapéuticas son adecuadas para la atención prolongada de los adultos mayores con el fin de reducir la discapacidad. Algunos estudios revelan que la capacitación en las actividades de la

vida cotidiana tiene resultados positivos para las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular. El asesoramiento, la información y la capacitación sobre métodos de adaptación, dispositivos y equipos han sido eficaces para personas con lesiones de la medula espinal y jóvenes con discapacidad. Muchas medidas de rehabilitación en particular, los ajustes en el contenido u horario de trabajo, y la introducción de cambios en los equipos y el ambiente laboral ayudan a las personas con discapacidad a seguir trabajando o a reincorporarse al trabajo (Gil, 2008).

**Ayudas técnicas**, las ayudas técnicas, cuando están en consonancia con el usuario y su ambiente, han constituido un instrumento poderoso para aumentar la independencia y mejorar la participación. Un estudio sobre personas con movilidad limitada en Uganda comprobó que las ayudas técnicas a la movilidad ofrecían mayores posibilidades de participación comunitaria, sobre todo en la educación y el empleo. En el caso de las personas del Reino Unido con discapacidades resultantes de lesiones cerebrales, se ha comprobado que tecnologías como los auxiliares digitales personales y tecnologías más sencillas como los gráficos de pared estaban estrechamente asociadas con una mayor independencia. En un estudio de personas de Nigeria con deficiencias auditivas, el suministro de audífonos estaba asociado con una mejora de la función, la participación y la satisfacción de los usuarios (Aguilar & Sánchez, 2008).

## **2.11 Las barreras en edificios y calles**

En un estudio realizado por las Naciones Unidas en 2005 en 114 países permitió concluir que, pese a que muchas naciones contaban con políticas de accesibilidad, no se habían logrado grandes avances. De esos países, el 54% declaró que carecía de normas de accesibilidad para las calles y los ambientes al aire libre, el 43% carecía de dichas normas para edificios públicos, y el 44% carecía de ellas para escuelas, instalaciones de salud y demás edificios de servicios públicos. Asimismo, el 65% no había comenzado ningún programa educativo, y el 58% no había asignado recursos financieros destinados a contemplar las cuestiones de accesibilidad. A pesar de que el

44% de los países contaba con un órgano gubernamental responsable de controlar la accesibilidad para las personas con discapacidad, la cantidad de países con defensores del pueblo, consejos de arbitraje o comités de expertos independientes era muy baja (Aguilar & Sánchez, 2008).

## **2.12 Educación**

Las estimaciones del número de niños (de 0 a 14 años) que viven con discapacidad oscilan entre 93 millones y 150 millones (Figura 6). Históricamente, muchos niños y adultos con discapacidad han quedado excluidos de las oportunidades educativas convencionales. En la mayoría de los países, los primeros esfuerzos por proporcionar educación y formación profesional se emprendieron, por lo general, a través de escuelas especiales separadas, que habitualmente estaban destinadas a deficiencias específicas, como las escuelas para personas ciegas. Estas instituciones prestaban asistencia a una pequeña proporción de aquellos que necesitaban ayuda y no eran eficaces en función de los costos: estaban ubicadas generalmente en las zonas urbanas y solían aislar a las personas de sus familias y comunidades. La situación recién empezó a cambiar cuando se comenzó a exigir por ley la inclusión de los niños con discapacidad en los sistemas educativos (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

En todo el mundo hay personas con discapacidad que son empresarios y trabajadores por cuenta propia, agricultores y obreros, médicos y profesores, vendedores en tiendas y conductores de autobuses, artistas y técnicos en computación. Una persona con discapacidad puede realizar casi cualquier trabajo y, en un ambiente apropiado, la mayoría de esas personas pueden ser productivas. Pero, como se documenta en varios estudios realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo, las personas con discapacidad en edad de trabajar registran tasas de empleo considerablemente menores y tasas de desempleo muchísimo más altas que las personas sin discapacidad. Las bajas tasas de participación en el mercado laboral

constituyen una de las razones importantes por las cuales la discapacidad puede conducir a la pobreza (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

Diversos factores influyen en los resultados que obtienen las personas con discapacidad en el mercado laboral: diferencias de productividad; imperfecciones del mercado de trabajo relacionadas con la discriminación y el prejuicio, y la falta de incentivos creada por los sistemas de prestaciones por discapacidad. Para abordar las imperfecciones del mercado laboral y fomentar el empleo de personas con discapacidad, en muchos países existen leyes que prohíben la discriminación por motivo de discapacidad. Cabe esperar que la exigencia del cumplimiento de las leyes antidiscriminatorias mejore el acceso a la economía formal y genere mayores beneficios sociales (OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011, 2013).

### **2.13 Tasas de ocupación**

En muchos países no se dispone sistemáticamente de datos sobre el empleo de las personas con discapacidad (Figura 7). Las respuestas a una encuesta realizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2003 revelaron que 16 de los 111 países y territorios que participaron en ella no disponían de ningún dato sobre el empleo en relación con la discapacidad. En los países de ingreso bajo y mediano, la disponibilidad de datos sigue siendo limitada, a pesar de las mejoras recientes. En muchos de esos países, una proporción importante de las personas trabajan en la economía informal, por lo que no figuran en todas las estadísticas sobre el mercado laboral, ni están comprendidas en la legislación sobre el empleo (OIT, 2002).

Los datos de varios países muestran que las tasas de ocupación de las personas con discapacidad son más bajas que las de la población general y que el coeficiente de empleo oscila entre cifras tan bajas como el 30% en Sudáfrica y el 38% en el Japón y tan altas como el 81% en Suiza y el 92% en Malawi. Dado que, a menudo, las personas con discapacidad que no trabajan no buscan empleo y, por lo tanto, no están incluidas en la fuerza de trabajo, la tasa de desempleo puede no mostrar un

panorama completo de su situación en el mercado laboral. En cambio, es más común usar la tasa de ocupación como indicador de la situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral (OIT, 2002).

## **2.14 Protección social**

Las prestaciones por discapacidad durante periodos prolongados pueden actuar como factor disuasivo para que las personas busquen empleo y vuelvan a trabajar. Este es especialmente el caso de las personas con menos preparación o el de aquellas que, si buscaran empleo, no conseguirían un trabajo bien remunerado. Una razón es que las prestaciones constituyen un ingreso regular con el que las personas pueden contar, aunque sea pequeño (OIT, 2002).

Para una persona, perder este pago periódico y depender de un trabajo humilde y mal remunerado puede significar no contar con un ingreso regular y sentir muy poca seguridad. Pero las prestaciones de asistencia social también pueden tener efectos positivos en el empleo de las personas con discapacidad. Volver a trabajar después de desarrollar una discapacidad puede significar un periodo de desempleo y de inseguridad en los ingresos (OIT, 2002).

Las prestaciones por discapacidad se han convertido en un beneficio de último recurso porque las prestaciones por desempleo son más difíciles de obtener, los planes de jubilación anticipada se han ido eliminando gradualmente y los trabajadores poco calificados están en desventaja en el mercado laboral (OIT, 2002).

El gasto en prestaciones por discapacidad es una carga cada vez mayor para las finanzas públicas y representa hasta el 4% al 5% del PIB en lugares como los Países Bajos, Noruega y Suiza. En casi la mayoría de los países, la mayor parte de las solicitudes de tales prestaciones corresponden a personas con condiciones de salud mental. La gente casi nunca reemplaza las prestaciones por discapacidad por un puesto de trabajo (OIT, 2002).



## **2.15 Georreferenciación**

Es un sistema de navegación por radio basado en satélites desarrollado y gestionado por el Departamento de Defensa de EE. UU. Este sistema de posicionamiento global permite a los usuarios que viajen por tierra, mar y aire determinar su posición y velocidad. Ayuda a determinar con exactitud la localización de la vivienda de las personas con discapacidad encontradas en la parroquia de Eugenio Espejo del cantón Otavalo.

## **2.16 Contexto de la comunidad Eugenio Espejo**

**La Población;** Eugenio Espejo es una de las nueve parroquias rurales del Cantón de Otavalo y la cuarta de importancia demográfica, con 6.004 habitantes, después de San Pablo del Lago (9.106 pobladores), Quichinche (7.318 pobladores) e Ilumán (7.225 pobladores).

La población femenina de Eugenio Espejo representa el 52% del total de los habitantes. Respecto de la distribución geográfica de los habitantes se menciona que en el sector rural de la jurisdicción parroquial está asentado el 70% de ellos, mientras que el 30% se localiza en la cabecera parroquial.

**Las relaciones interétnicas de los Espejeños y Espejeñas;** los grupos étnicos dominantes en la jurisdicción Espejeña son el indígena quichua hablante y el mestizo hispano hablante. El grupo indígena pertenece a la antigua etnia Otavalo, en tanto que la población mestiza corresponde a la etnia originada en la fusión de indoamericanos y españoles. Los indígenas representan el 77% y los mestizos, el 22%. Los pobladores afro descendientes tienen una presencia exigua, actualmente no llega a un centenar de personas, son el 1% y la mayoría tiene un establecimiento reciente en la jurisdicción parroquial y por ello se observa una incipiente convivencialidad con los otros grupos poblacionales.

**La Unión de comunidades indígenas y Organizaciones de Eugenio Espejo;** fue fundada en el año 1982 y reconocida legalmente por el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, mediante resolución N° 341 del 22 de marzo del 2007. Es una Organización de Integración de segundo grado de coordinación social y política para el desarrollo integral en lo educativo, ecológico, socio-económico, salud, ecoturismo rural alternativo y cultural de la zona de influencia y está constituida por todas las organizaciones comunitarias de base existentes en la Parroquia de Eugenio Espejo como los Cabildos de 12 comunidades, directivas de las juntas de agua, asociaciones, iglesias evangélicas, católicas y clubes deportivos.

Asume la finalidad fundamental que es desarrollar y lograr la participación activa y consciente de las organizaciones y las comunidades en la formulación y definición política socio-económica, de acuerdo a las necesidades y aspiraciones de sus integrantes sin discrimen de sexo, etnias y religión.

**Paisaje, clima y límites;** con las Parroquias Rurales de San Pablo, Gonzales Suarez y San Rafael, compartimos la inmensa cuenca del Lago San Pablo, en una franja de aproximadamente 3 kilómetros de ancho entre la quebrada de Oyagata al occidente hasta la quebrada seca de Guajindro, al oriente; y, por unos 10 kilómetros de largo, entre la Laguna Grande de Mojanda, en el Nudo del mismo nombre hasta el lago San Pablo.

A pesar del intenso deterioro que ha sufrido el bosque típico del Nudo de Mojanda por la ampliación de la frontera agrícola, este hermoso paraje, durante la mayor parte del año, presenta un aspecto verde oliva gracias a las esponjas húmedas permanentes del Mojanda así como a los humedales periféricos de la laguna de San Pablo. Es una excepción del Rey loma que carece de fuentes hídricas.

Si bien la cabecera parroquial de Eugenio Espejo está a 2.325 metros sobre el nivel del mar, su territorio presenta varias cotas: desde las orillas sur del Lago San Pablo que corresponden a las comunidades Pucará Desaguadero, Pucará de Velásquez, Pivarintsic y Puerto Alegre, que está a 2.260 metros sobre el nivel del

mar, experimenta un moderado ascenso hasta Chuchuquí-Calpaquí-Mojandita de Avelino Dávila, para tomar una elevación abrupta hasta las Lagunas y Nudo de Mojanda con sus puntas más altas: el Yanahurco a 4.260 metros sobre el nivel del mar y el Fuya-Fuya.

La temperatura media de Eugenio Espejo, en el piso templado andino donde se asienta la mayor cantidad de la población, es de 18 grados centígrados. El Paisaje del territorio espejeño está adornado por un sinnúmero de accidentes geográficos, muchos de los cuales constituyen importantes atractivos turísticos por explotar.

**Los servicios públicos locales;** conforme al sistema integrado de Indicadores Sociales del Ecuador y a la información disponible del instituto nacional de estadísticas y censos, las siguientes son las condiciones generales actuales de las necesidades básicas satisfechas de la población de la jurisdicción parroquial de Eugenio Espejo, áreas urbana y rural, en conjunto.

**Servicio de agua potable para consumo humano,** por tubería de la vivienda: 490 viviendas, 38%; Por tubería fuera de la vivienda, en el predio: 586 viviendas, 45%; Por tubería fuera del predio: 120 viviendas, 9%; No recibe por tubería: 100 viviendas, 8%; Por red pública: 850 viviendas, 66%; Pozo: 83 viviendas, 6%; Rio, vertiente o acequia: 305 viviendas 23%; Por carro: 9 viviendas, 1%; Otro: 49 viviendas, 4%.

**Otros servicios en la vivienda;** eliminación de excretas: alcantarillado público: 390 viviendas, 30%; Pozo ciego: 268 viviendas, 21%; Pozo séptico: 116 viviendas, 9%; Otro (cielo abierto): 522 viviendas, 40%; Disponen servicio eléctrico: 1.049 viviendas, 81%; Disponen servicio telefónico fijo: 113 viviendas, 9%; Disponen carro recolector de basura: 391 viviendas, 30%.

Es necesario mencionar que en los últimos cuatro años ha habido un importante interés comunitario por la construcción de alcantarillado sanitario público a nivel rural, lo que habrá mejorado las condiciones superando los datos aquí descritos en

por lo menos un 20%, conforme lo podemos comprobar en la descripción de obras de las Juntas Parroquiales.

**Tipología de la vivienda;** Sin lugar a dudas podemos aseverar que las condiciones de la vivienda en la jurisdicción parroquial de Eugenio Espejo, sectores urbano y rural, en la segunda mitad del siglo, en general, ha experimentado un importante mejoramiento gracias a dos factores: la ampliación de coberturas de los servicios básicos públicos y mejores niveles de ingresos de las familias.

Tipo casa: 1.013 viviendas, 77%; Departamento: 7 viviendas, 1%; Cuartos (inquilinos): 22 viviendas, 2%; Mediagua: 231 viviendas, 18%; Rancho: 13 viviendas, 1%; Covachas, chozas y otras 10 viviendas.

## **2.3 Marco Legal**

### **2.3.1 Aspectos Legales de la Constitución de la República del Ecuador**

#### **Capítulo Tercero**

#### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad

## **Sección sexta**

### **Personas con discapacidad**

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

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

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributario.
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con

discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en

cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

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

### **Sección séptima**

#### **Personas con enfermedades catastróficas**

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

## **2.3.2 Ley de Discapacidad**

### **2.3.2.1 “Ley Orgánica de Discapacidades”**

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

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

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

## **TÍTULO II**

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

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

##### **SECCIÓN PRIMERA DE LOS SUJETOS**

###### **Artículo 5.- Sujetos.**

Se encuentran amparados por esta Ley:

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

- d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad; y,
- e) Las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención y cuidado de personas con discapacidad, debidamente acreditadas por la autoridad competente.

#### **Artículo 6.- Persona con discapacidad.**

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

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

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

#### **Artículo 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.**

Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

## **SECCIÓN SEGUNDA**

### **DEL SUBSISTEMA NACIONAL PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

#### **SECCIÓN SEGUNDA DE LA SALUD**

##### **Artículo 19.- Derecho a la salud.**

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

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

##### **Artículo 20.-Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.**

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

##### **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 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.

**Artículo 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.**

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

**Artículo 26.- Subsistema de Información.**

La autoridad sanitaria nacional mantendrá un sistema de información continua y educativa sobre todas las discapacidades y salud. Las normas de carácter sanitario preverán las características que deberán contener los productos farmacéuticos y alimentos de uso médico, respecto de la rotulación con sistema Braille. La rotulación incluirá al menos la información de seguridad del producto, nombre, fecha de producción y vencimiento.

**SECCIÓN SÉPTIMA  
DE LA ACCESIBILIDAD**

**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.

## **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.

#### **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.

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipos de Investigación**

#### **3.1.1 Investigación Descriptiva.**

La investigación descriptiva consiste en la exploración y descripción de los fenómenos en las situaciones de la vida real. Ofrece una descripción detallada de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos; descubre nuevos significados, describen lo que existe, determinan la frecuencia con la que sucede algo y categoriza la información (Burns & Grove, 2005).

La investigación actual es descriptiva, visto que realiza análisis, observación y descripción de las personas, origen de sus discapacidades y lugares limitantes.

#### **3.1.2 Investigación Explicativa**

Mediante este tipo de investigación se establecen las causas o los orígenes del fenómeno físico o social objeto de estudio. Además, tiene carácter predictivo cuando se propone pronosticar la realización de ciertos efectos. Tiene carácter correctivo, cuando se propone atenuar o eliminar los efectos y por ende están orientados a la comprobación de hipótesis mediante la identificación y análisis de los resultados (Garza, 2007).

Esta investigación es explicativa porque profundiza en conocer los orígenes, motivos y razones de su condición física, mental y emocional. Y así tener una guía clara y precisa para estudios posteriores dejando antecedentes por escrito.

### **3.1.3 Tipos de Investigación según el grado de Abstracción**

Según el grado de abstracción encontramos la investigación básica y la investigación aplicada. Ambos tipos de investigación convergen en su finalidad: hacer progresar el saber y simultáneamente transformar la realidad.

Este tipo de investigación es aplicada porque proyecta la aplicación del conocimiento para la resolución de problemas, y cuando esta tiene éxito se traduce en planes o directrices para su expansión; el conocimiento producido suele tener utilidad casi inmediata; mientras que no ocurre lo mismo con la investigación básica (Martínez C. , 2014).

### **3.1.4 Tipos de Investigación según la Naturaleza de los datos.**

Según la metodología utilizada, este tipo de estudio es cualitativo o de tipo cuantitativo. Es Cualitativo porque el perfil de la investigación se produce cuando los datos recolectados son descriptivos, o sea provienen de las palabras o las impresiones de los sujetos del estudio, (expresadas en forma verbal o escrita) y de la conducta observada en ellos, en este caso fue directamente con las personas con discapacidad o sus familiares

Es Cuantitativo porque se genera cuando los datos recolectados son susceptibles de medición en términos estadísticos (Espino, 2004).

En esta investigación fue cuantitativo por que fueron contabilizados los casos de personas con discapacidad.



## **3.2 Tipos de Diseño de Investigación**

Diseño No experimental porque se realiza sin manipular intencionadamente las variables, para el estudio se difirió el diseño no experimental de corte transversal porque no se hace variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos (Toro & Parra, 2006). Este estudio cumple con esta característica, por lo que la tabulación de datos se da tal y cual son, sin esperar un resultado ya anteriormente determinado.

## **3.3 Métodos de la Investigación**

### **3.3.1 Método Analítico-Sintético**

La reflexión analítica se involucra en la desintegración del fenómeno, en sus piezas constitutivas. Es una operación mental por lo que se divide la representación totalizadora de un fenómeno en sus partes. La reflexión sintética, por lo contrario, permitió unir sistemáticamente los elementos heterogéneos de un fenómeno con el fin de reencontrar la individualidad de la cosa observada. La síntesis significa la actividad unificante de las partes dispersas de un fenómeno. Sin embargo, la síntesis no es la suma de contenidos parciales de una realidad, la síntesis añade a las partes del fenómeno algo que sólo se puede adquirir en el conjunto, en la singularidad.

### **3.3.2 Método Inductivo-Deductivo**

Quiere decir que va desde la descomposición hasta la construcción, es decir del menor al mayor; esto se lo hace con esquemas lógicos, lo que son realizados mentalmente, basados con conocimientos teóricos. Está enfocado en los estudios

previos, entrevistas, encuestas que van desde un mínimo hasta formar un todo y hacer un análisis lógico y obtener un resultado

### **3.4 Localización**

El presente estudio se ejecutó en las comunidades: Calpaquí, Ariaspamba, Chuchuquí, Puerto Alegre y Mojandita de Avelino de la parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura.

### **3.5 Población**

La presente investigación se realizó en la ciudad de Otavalo parroquia Eugenio Espejo; su población está compuesta por los habitantes que presentan algún tipo de discapacidad los mismos que fueron encuestados y se registraron 61 personas con discapacidad los cuales representan el 100%.

### **3.6 Identificación de las Variables**

**Variable Independiente:** Discapacidad

**Variable Dependiente:** Georreferenciación.

### **3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

**Observación:** en este tipo de investigación el tipo de observación aplicada es científica ya que permite plantear un objetivo claro, definido y preciso mediante una anamnesis y valoración física adecuada a cada uno de las personas implicadas.

- a) Directa: esto permite poner en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.
- b) Estructural: porque se realiza con la ayuda de elementos técnicos apropiados, tales como: fichas, cuadros, tablas, entre otros.

**Encuesta:** en esta técnica se aplicará el cuestionario como instrumento de recolección de datos, a la muestra de personas con discapacidad de la parroquia rural Eugenio Espejo de la ciudad de Otavalo.

**Entrevista:** es de tipo estructurada ya que permite interactuar y dialogar entre el investigador y la persona. Con la ayuda de las autoridades se realizará la entrevista a la parroquia rural Eugenio Espejo del cantón Otavalo.

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



<p>Variable Dependiente: Georeferenciación</p>	<p>Es la técnica de posicionamiento espacial de una entidad en una localización geográfica única y bien definida en un sistema de coordenadas y datum específicos.</p>	<p>Características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visual</li> <li>○ Auditiva</li> <li>○ Lenguaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ceguera Total</li> <li>○ Miopía</li> <li>○ Equilibrio deficiente</li> <li>○ Sordera</li> <li>○ Necesita atención especial</li> <li>○ Hipoacusia</li> <li>○ Problemas de la comunicación</li> <li>○ Alteraciones de las funciones motoras orales</li> <li>○ Edad</li> <li>○ Sexo o Género</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encuesta</li> <li>○ GPS</li> </ul>
--	--	---	--	---



## **CAPÍTULO IV**

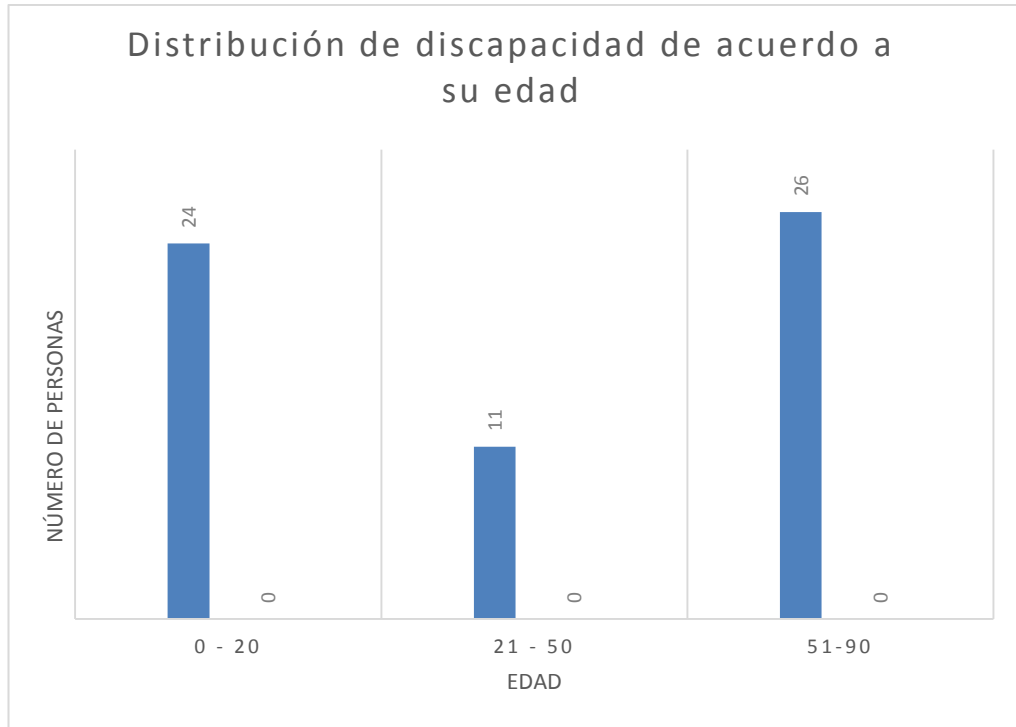
### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados**

##### **Tabla 1. Mapa Georreferenciado de la Parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo**

Se ha encontrado un número de 61 personas con discapacidad las cuales se ha encuestado y encontramos los siguientes resultados:

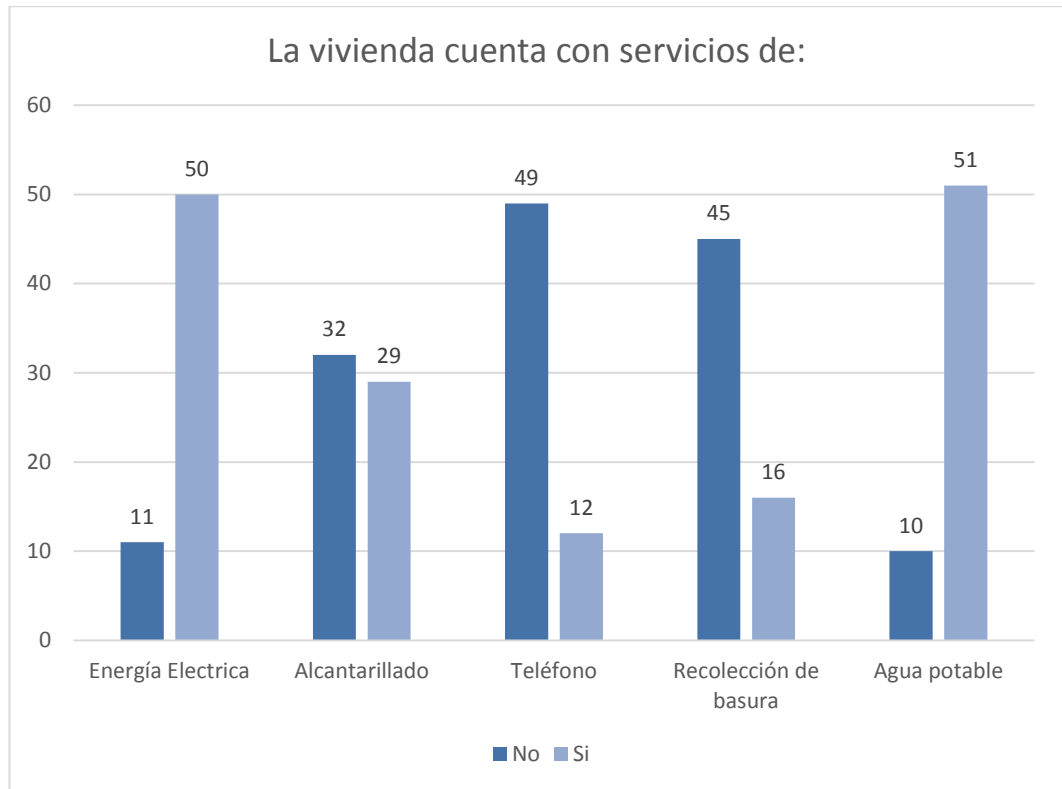
**Tabla 2 Distribución de personas con discapacidad de acuerdo a su edad.**



El 43% de las personas que tienen discapacidad corresponde a las edades de 51 a 90 años entre hombres y mujeres, el 39% de 0 a 20 años y el 18% de 21 a 50 años de edad.

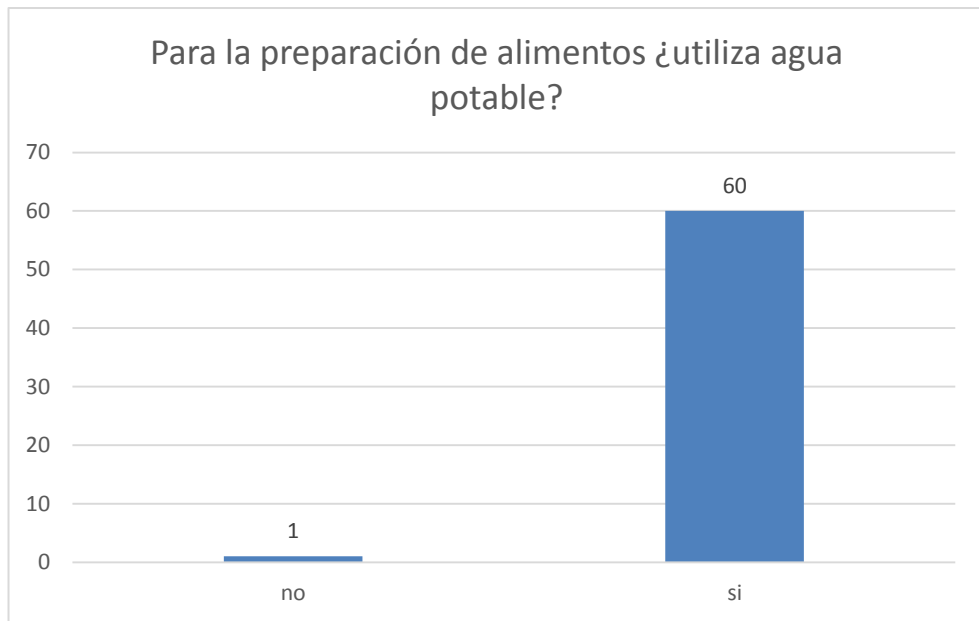


**Tabla 3 Disponibilidad de servicios**



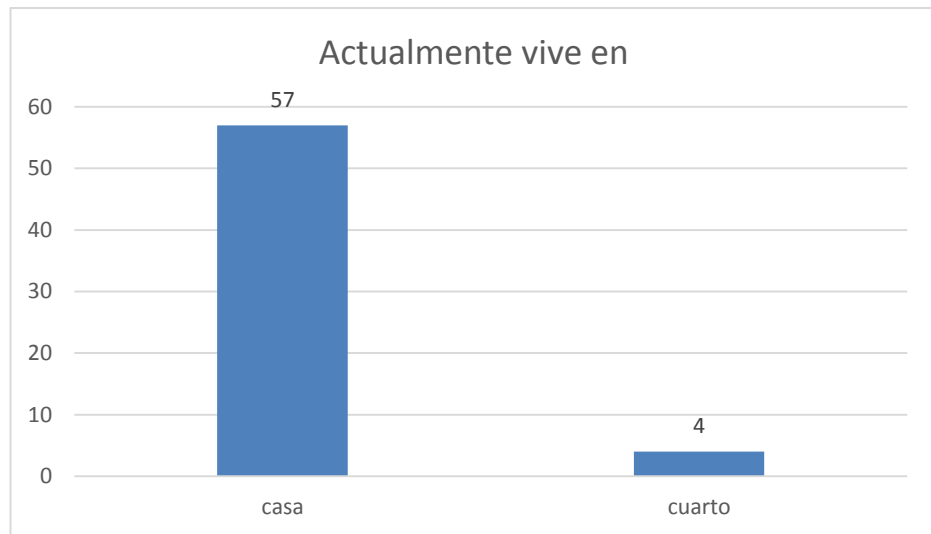
Las viviendas que cuentan con el servicio de agua potable tienen el 83,61% de la población, las que poseen energía eléctrica el 81,97%, las que tienen alcantarillado le pertenece el 47,54%, la recolección de basura beneficia al 26,23% y las viviendas equipadas de línea telefónica con el 19,667%.

**Tabla 4. Utiliza agua potable para la preparación de alimentos.**



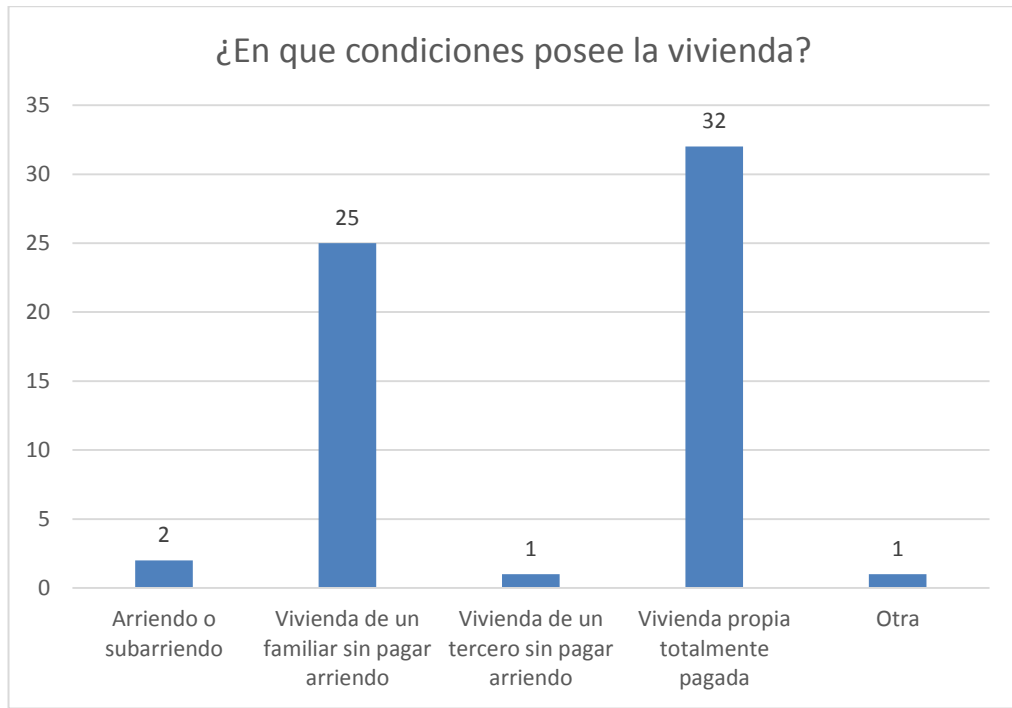
De las viviendas encuestadas 98,36% utiliza agua potable para la preparación de los alimentos y tan sólo el 1,56 no utiliza agua potable.

**Tabla 5 Actualmente vive en una casa o en un cuarto.**



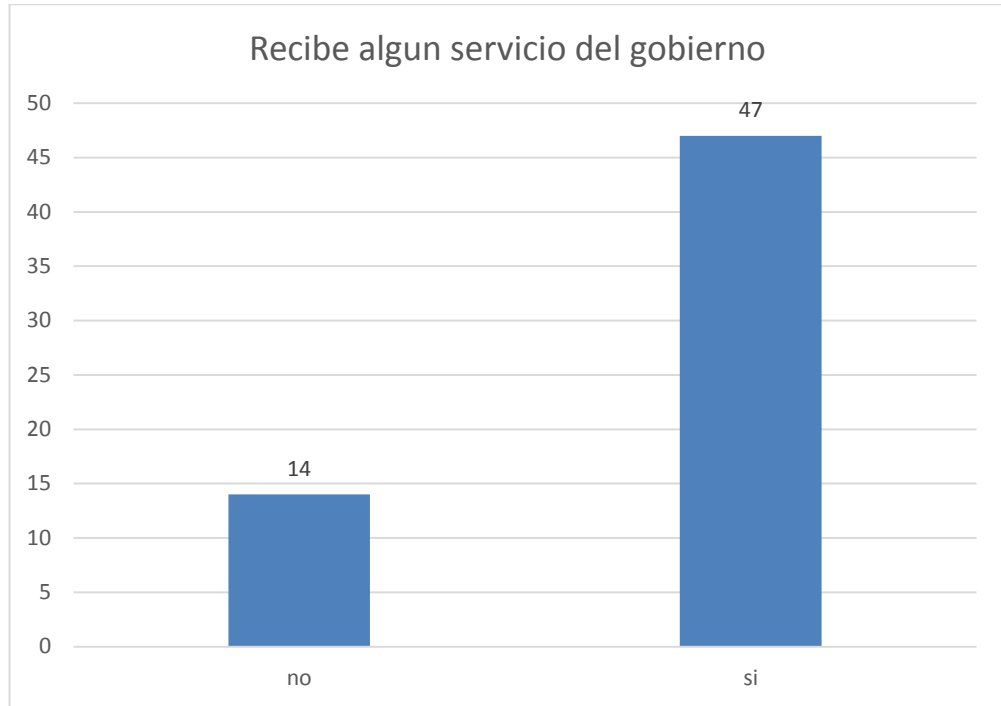
De las personas encuestadas en la parroquia Eugenio Espejo se encontró que el 93,40% vive en casas tipo departamento y que el tan solo el 6.60% viven en cuartos únicos.

**Tabla 6 En qué condiciones posee la vivienda.**



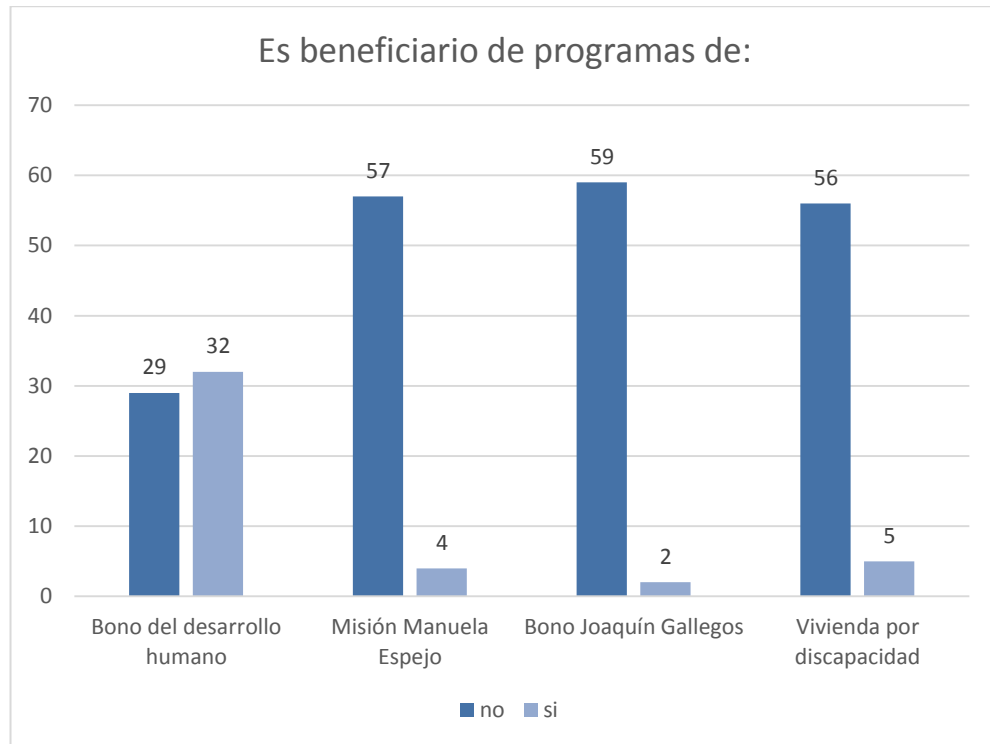
Las personas que posee vivienda propia totalmente pagada son el 52,50%, seguido por las personas que tienen la vivienda de un familiar sin pagar arriendo con el 41%, y en porcentaje muy bajo por las personas que arriendan o subarriendan les corresponde el 3,30%, por ultimo están las personas que tiene su vivienda de un tercero sin pagar arriendo y otros con el 1,60%.

**Tabla 7 Recibe algún servicio del gobierno.**



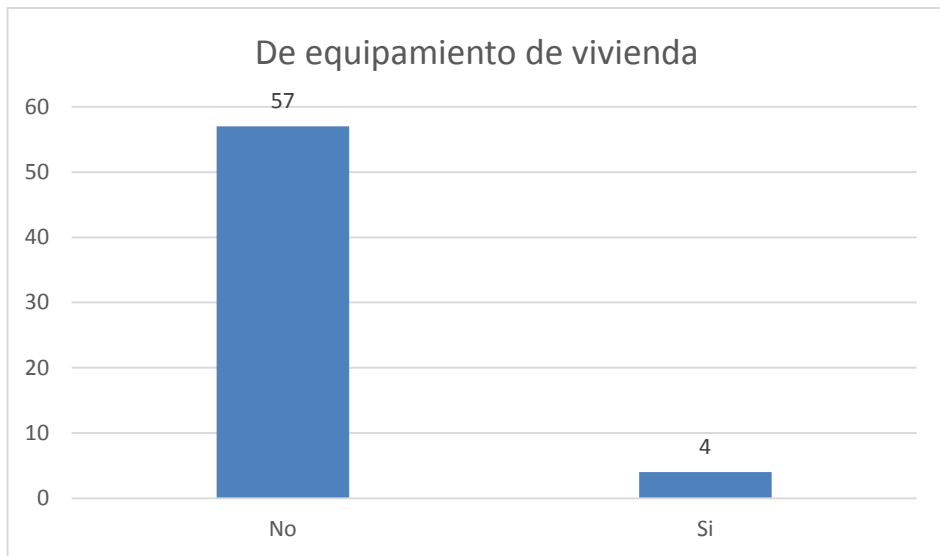
Encontramos que 77% recibe algún servicio del gobierno y que el 23% no recibe ningún servicio por parte del gobierno.

**Tabla 8 Es beneficiario de programas de.**



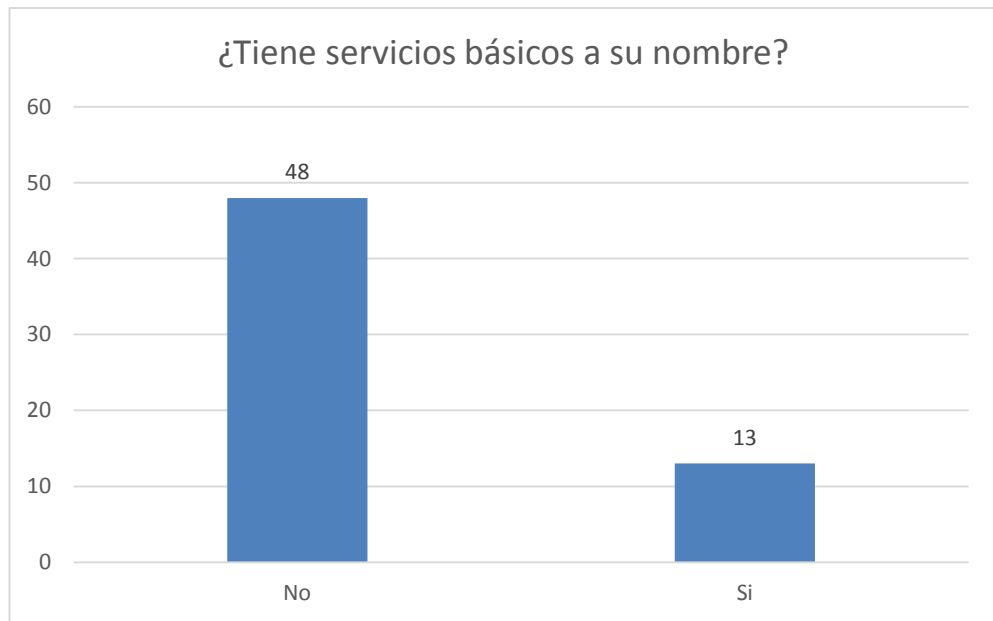
En la parroquia Eugenio Espejo existen beneficiarios de programas como Bono del desarrollo humano con el 52,46%, y en menor escala con el 8,20% se beneficia con vivienda por discapacidad, el 6,56% corresponde a los beneficiados con el programa Misión Manuela Espejo, y un 3,28% correspondiente a bono Joaquín Gallegos Lara.

**Tabla 9 De equipamiento de vivienda.**



De equipamiento de vivienda en la parroquia Eugenio Espejo un 93,40 no es beneficiario y el 6,60 si consta con equipamiento de vivienda.

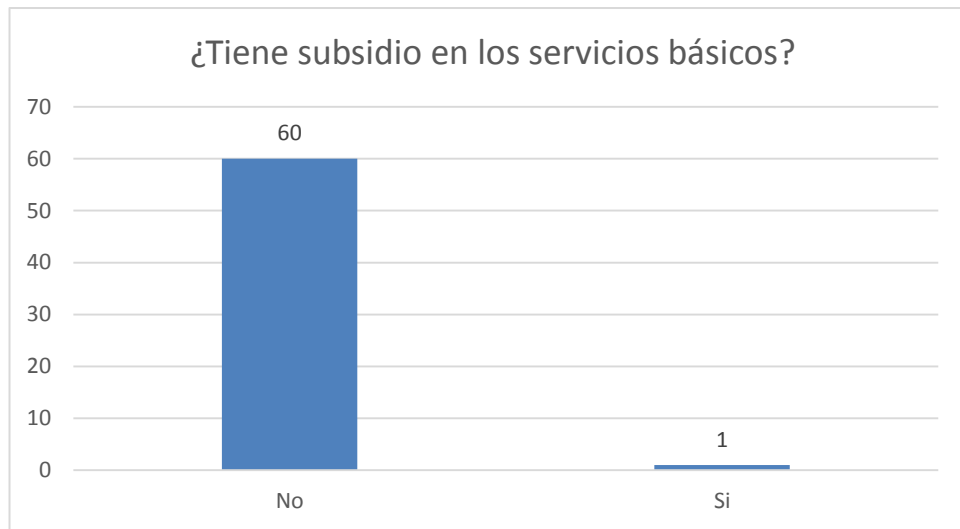
**Tabla 10 Tiene servicios básicos a su nombre.**



La tabulación de datos encuestados nos da como resultados que el 78,70% no tiene servicios básicos a su nombre y que tan solo el 21,30% si tiene.

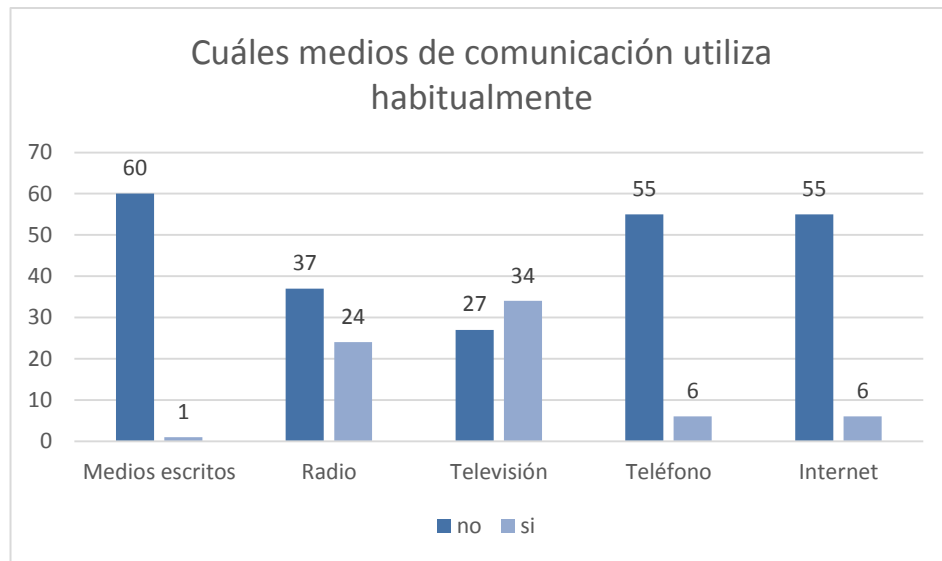


**Tabla 11 Tiene subsidio en los servicios básicos.**



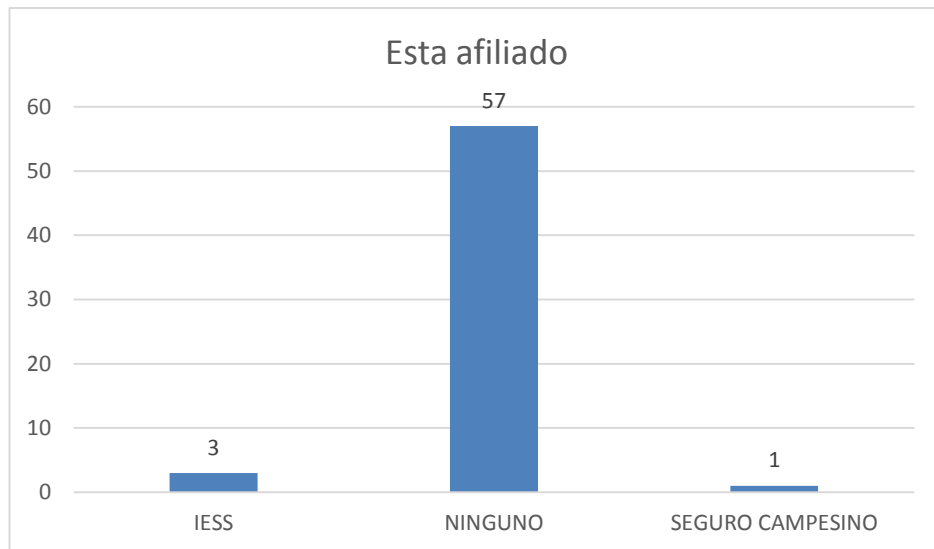
De la población encuestada en la parroquia Eugenio Espejo el 98,40% no tiene subsidio en los servicios básicos, y el 1,60% si tiene.

**Tabla 12 Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente.**



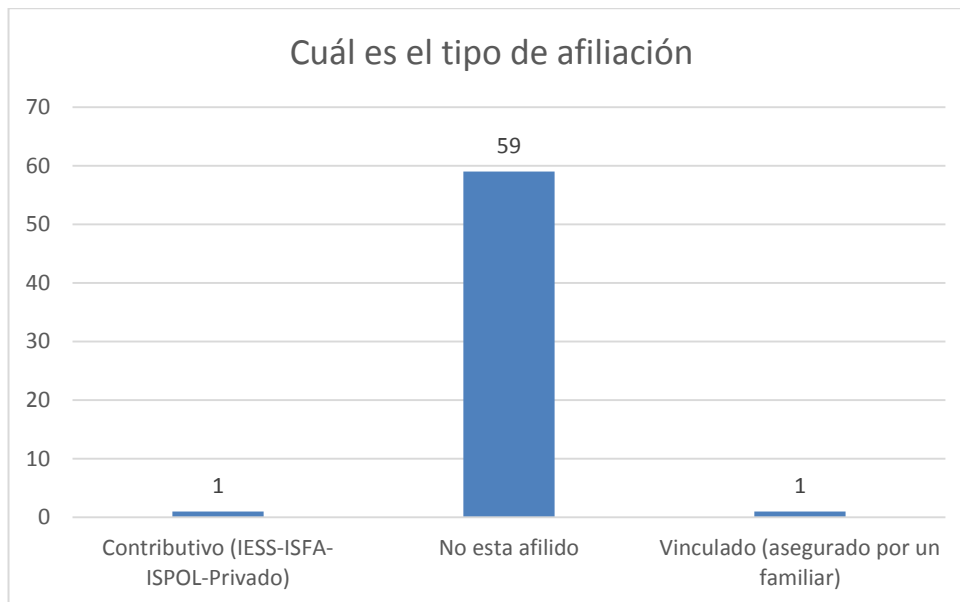
Los medios de comunicación que habitualmente utilizan las personas de la parroquia Eugenia Espejo la televisión con un 55,70%, seguido por la radio con un 39,30%, el teléfono y el internet corresponde a un 9,80%, siendo el último medio de comunicación el escrito con el 1,60%.

**Tabla 13. Está afiliado.**



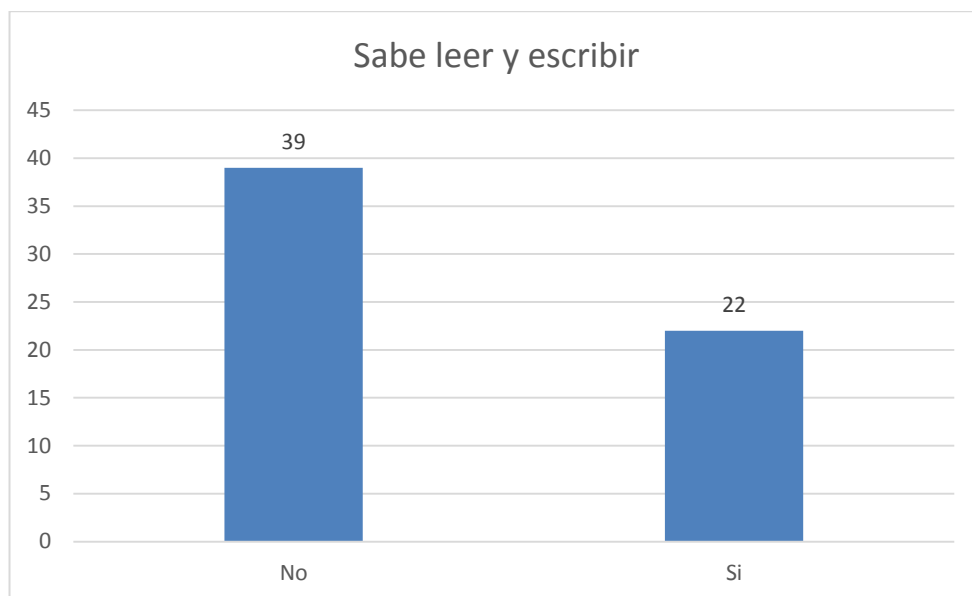
Los resultados de la parroquia Eugenio Espejo son que el 93,40% no está afiliado, el 4,90% está afiliado al IESS y que el 1,60% está afiliado al seguro campesino.

**Tabla 14. Cuál es el tipo de afiliación.**



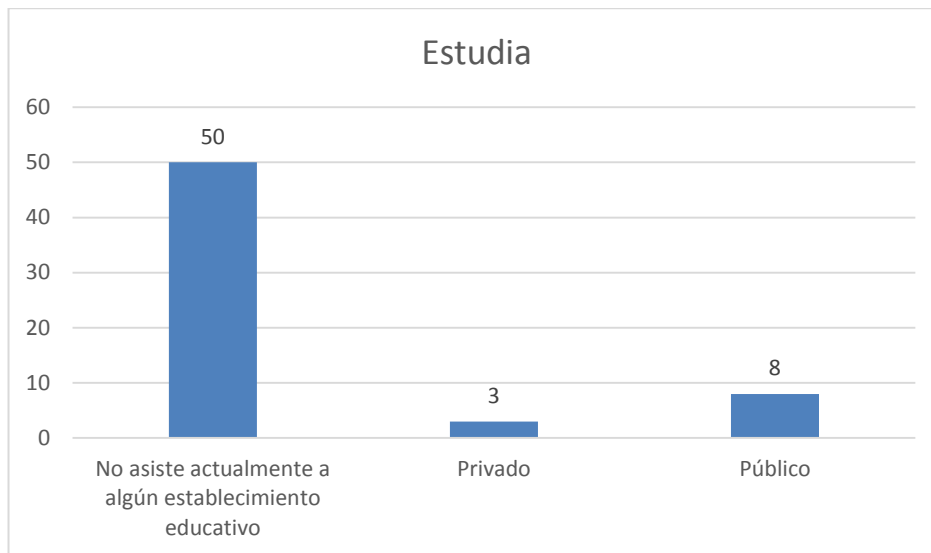
Los resultados del tipo de la afiliación son que el 96,70% no está afiliado, y 1,60% es contributivo (IES-ISFA-ISPOL-PRIVADO) y el 1,60% restante está vinculado o asegurado por un familiar.

**Tabla 15. Sabe leer y escribir.**



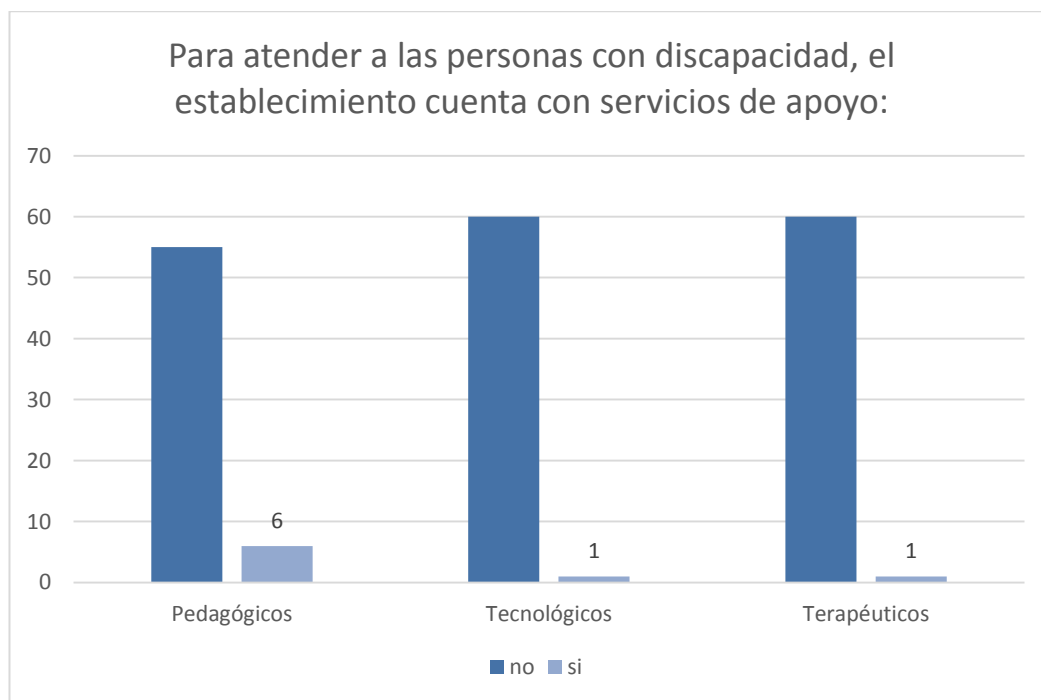
Los resultados de saber leer y escribir son, que el 63,90% no sabe leer ni escribir y que el 36,10% si sabe leer y escribir.

**Tabla 16 Estudia en.**



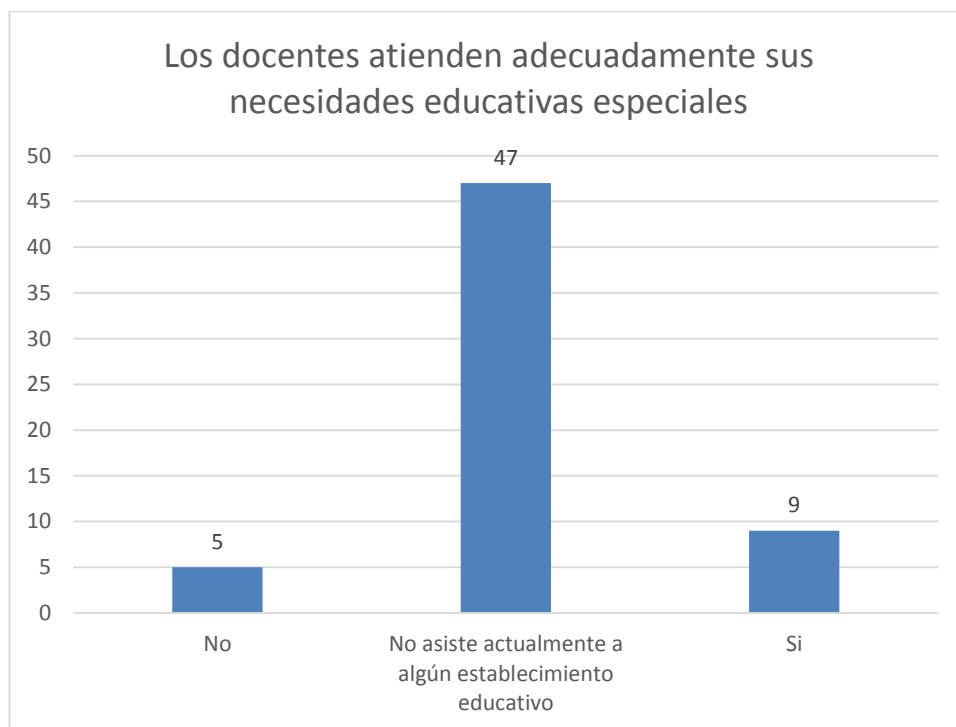
El 82% de las personas no está estudiando en la actualidad, el 13% asiste a una institución pública, y el 4,90% restante asiste a una institución privada.

**Tabla 17 Para atender a las personas con discapacidad el establecimiento cuenta con servicios de apoyo**



Los establecimientos educativos para personas con discapacidad constan con las ayudas pedagógicas en un 9,8% en cuanto en ayudas tecnológicas en un 1,60% y las ayudas terapéuticas en un 1,60%.

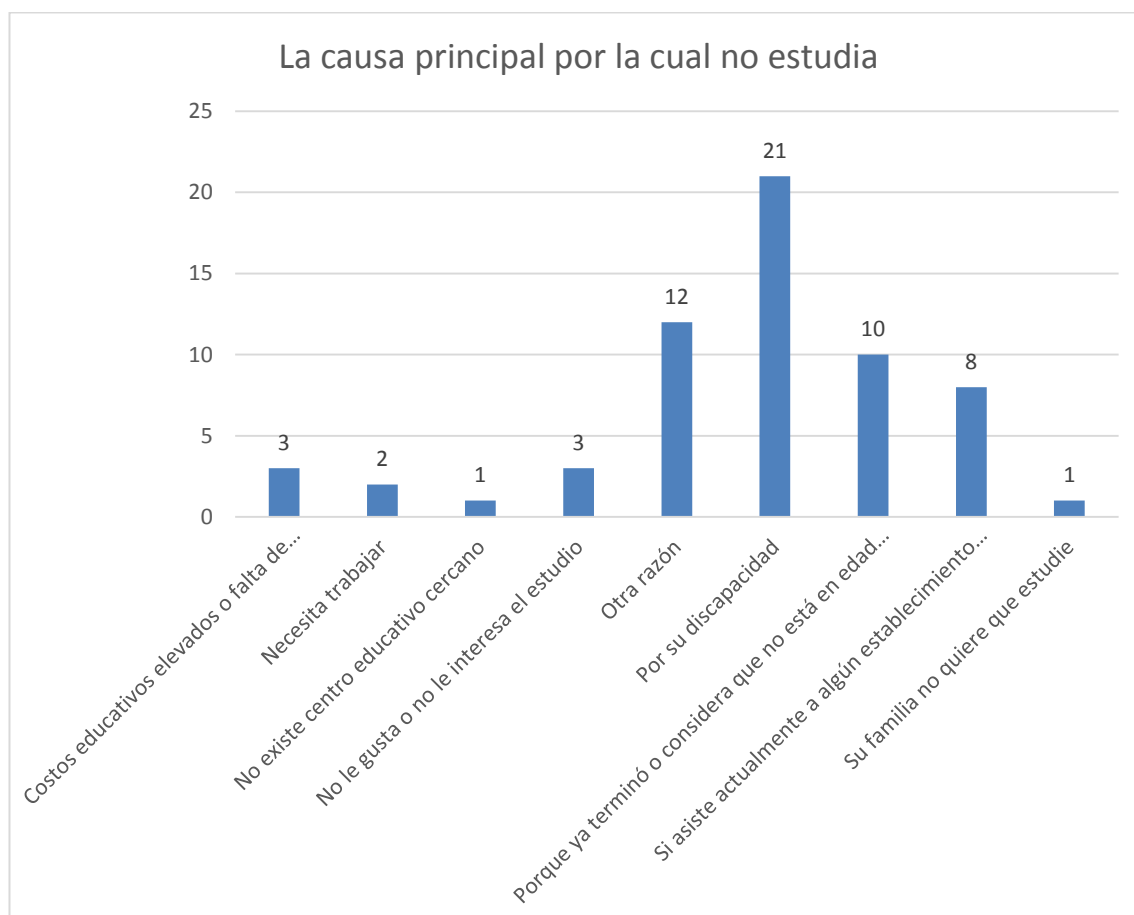
**Tabla 18 Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales.**



Los resultados obtenidos en la parroquia Eugenio Espejo, es que el 77% de las personas con discapacidad no asiste actualmente a algún establecimiento educativo y que el 14,8% de los docentes si atienden adecuadamente sus necesidades, y que el 8,20% no siente que sus necesidades están siendo atendidas.

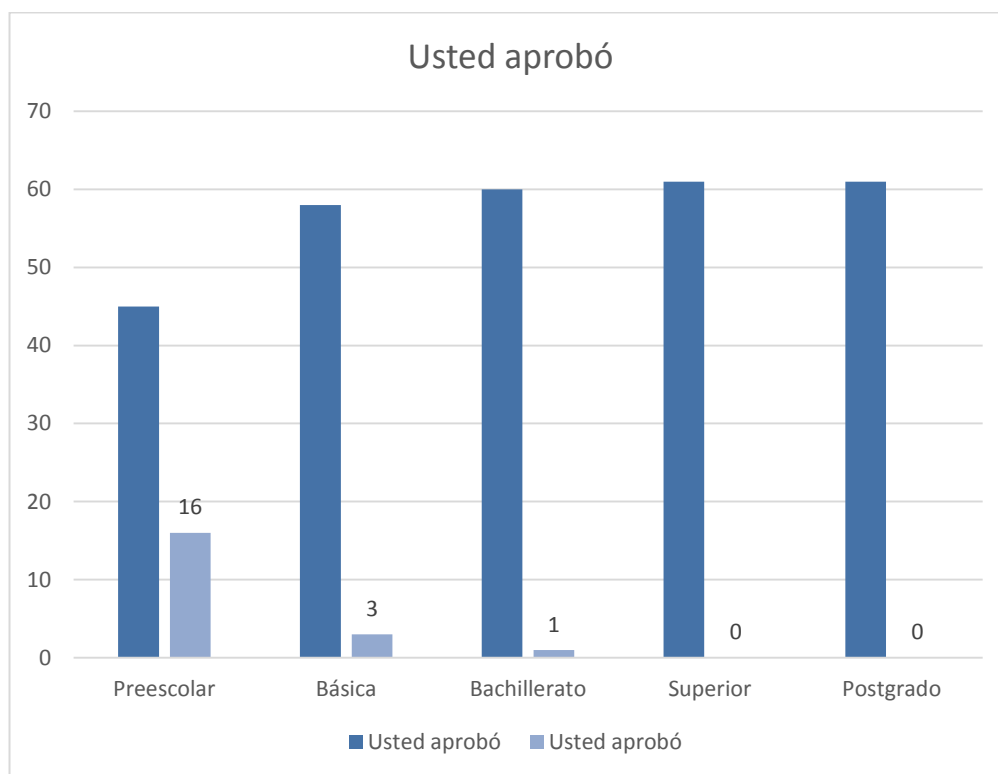


**Tabla 19** Cuál es la causa principal por la cual no estudia.



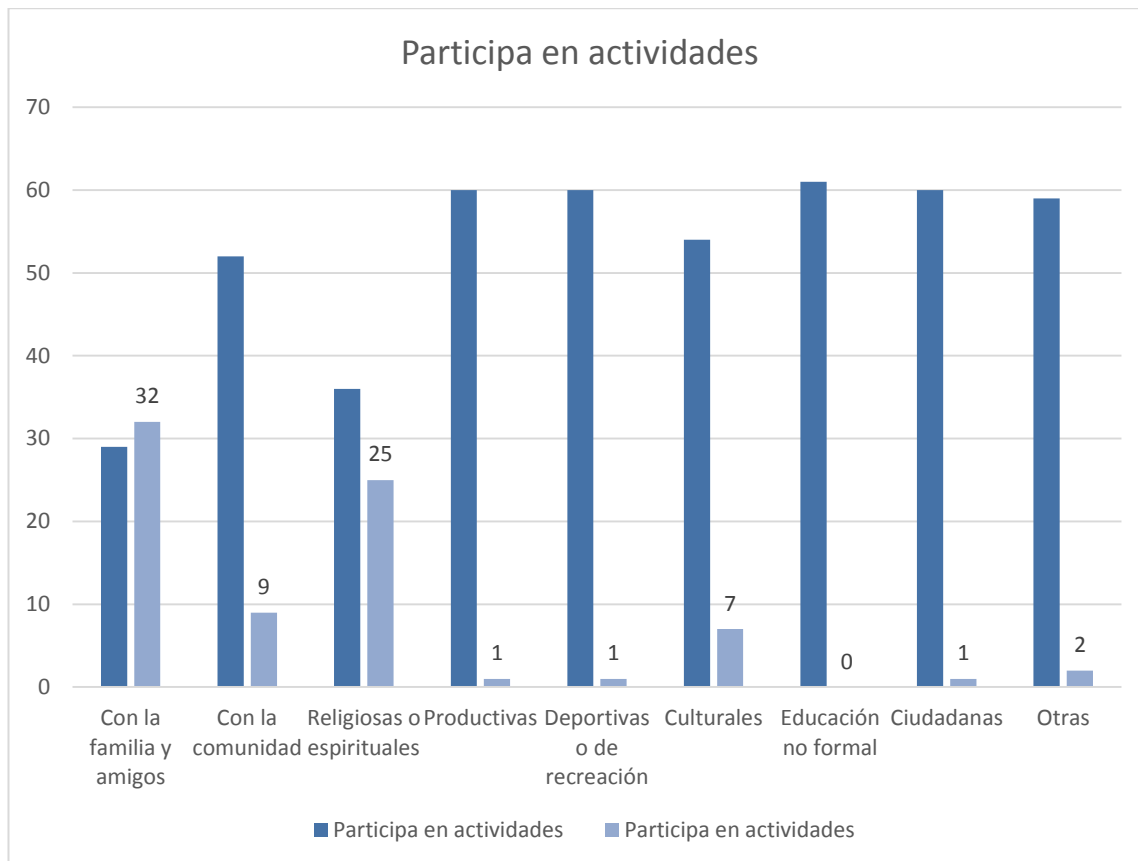
En la parroquia Eugenio Espejo la principal causa por la cual las personas no estudian es debido por discapacidad en un 34,40%, la causa siguiente está en un 19,70% por otras razones, y las personas que ya terminaron sus estudios está en un 16,40%, y las personas que asisten actualmente a los establecimientos educativos es de un 13,10%, un 4,90% no asiste porque no le gusta o no le interesa, otro 4,90% por sus costos educativos muy elevados, un 3,30% dice que no asiste porque necesita trabajar, el 1,60% no existen centros educativos cerca de sus viviendas y el 1,60% restante porque sus familiares no quieren.

**Tabla 20. Nivel de instrucción académica aprobado.**



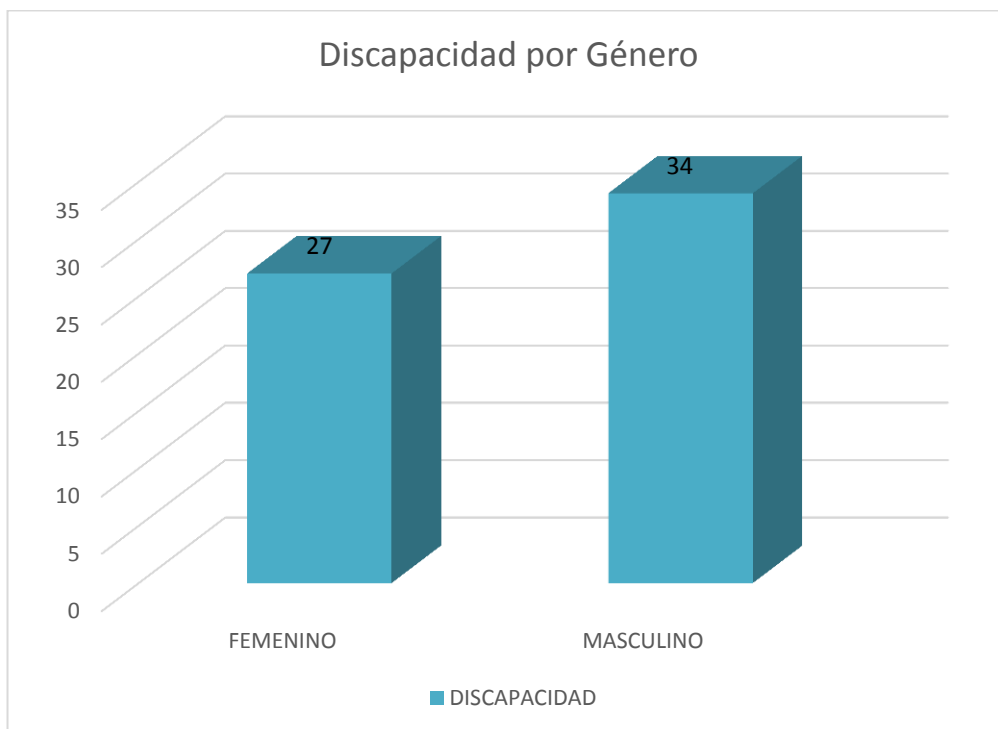
En la parroquia Eugenio Espejo se detectó que el 26,2% aprobó el preescolar, el 4,9% aprobó la educación básica y que el 1,60% aprobó el bachillerato y ninguno tiene niveles superiores.

**Tabla 21. Participación en actividades.**



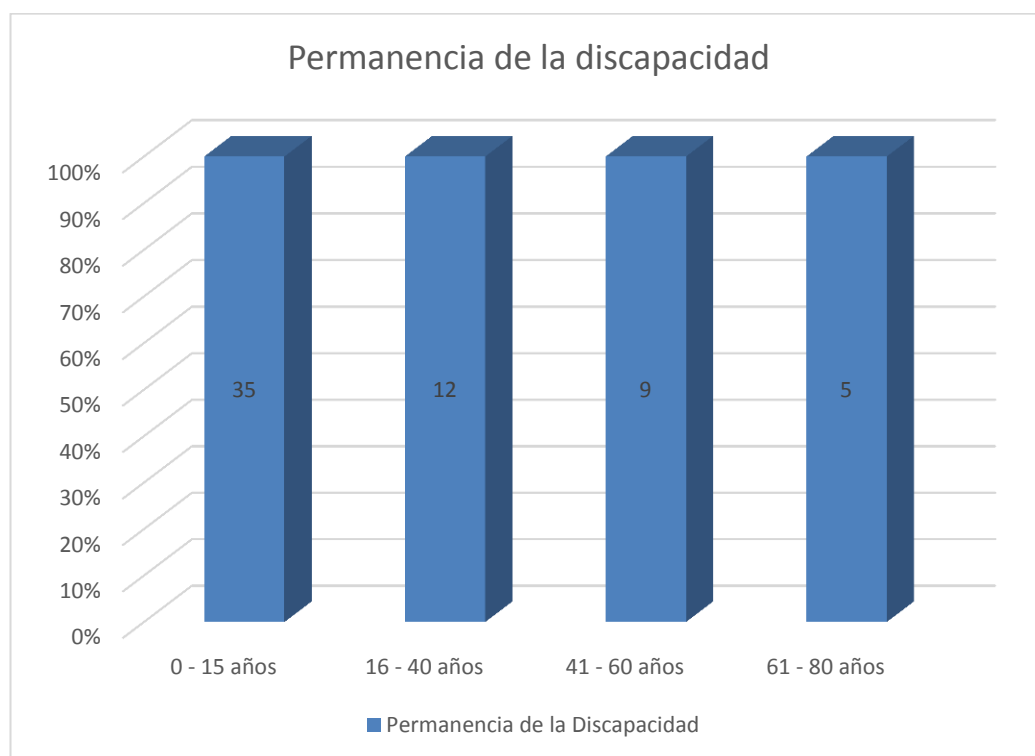
Se obtuvo como resultados que el 52,50% participa en actividades con la familia y amigos, las actividades religiosas obtienen un 41% de participación, el 14,80% participa en actividades con la comunidad, el 11,50% participa en actividades culturales, las actividades productivas y las actividades deportivas tienen el 1,60% de participación y otras actividades tiene el 3,30% de participación.

**Tabla 22. Discapacidad según su género.**



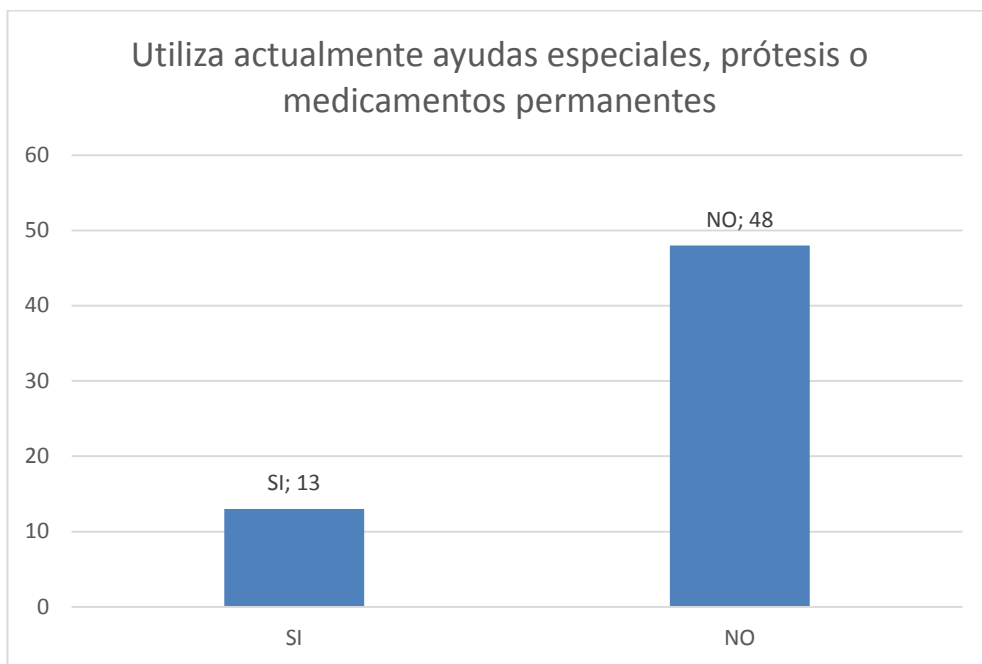
El porcentaje de personas con discapacidad según el género, el 54% es masculino y el 46 % de las personas con discapacidad corresponde al género femenino.

**Tabla 23. El tiempo de permanencia de la discapacidad.**



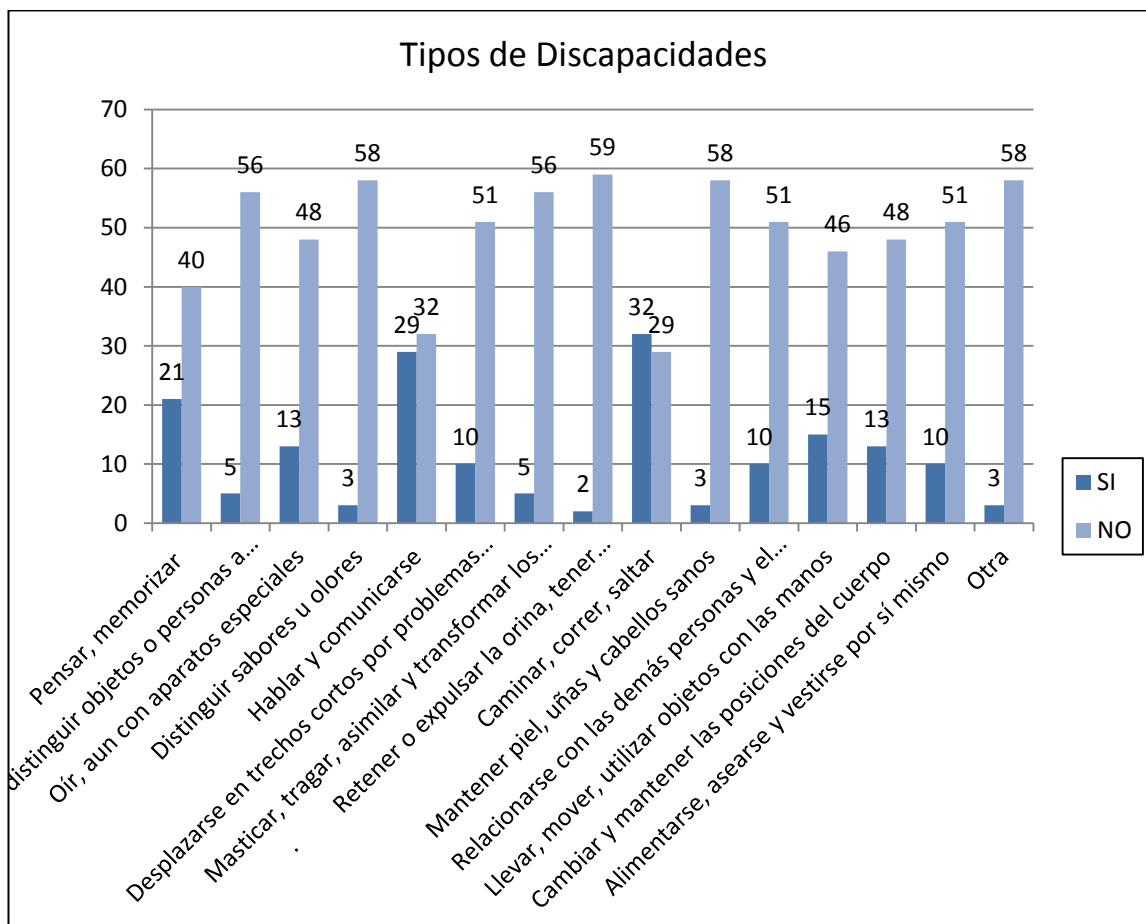
El 57% de las personas con discapacidad corresponde de 0 años a 15 años de permanencia de su discapacidad entre femenino y masculino, el 20% de las personas tienen su discapacidad ya desde hace 16 a 40 años, el 15% corresponde a personas que tienen su discapacidad más de 41 años y menos de 60 años, el 8% tiene relación con personas que ya han vivido con su discapacidad en rangos de 61 años a 80 años.

**Tabla 24. Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.**



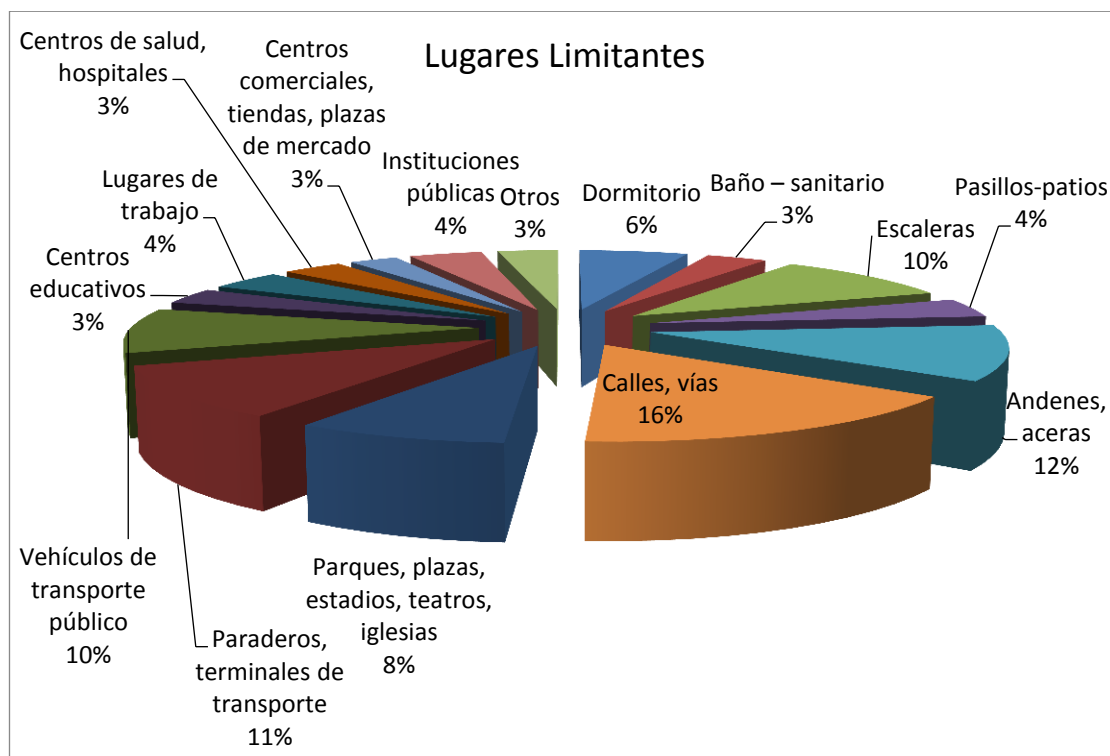
Las personas con discapacidad encuestadas que utilizan actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes es el 21% y el 79% no utilizan.

**Tabla 25 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:**



Los resultados indican que el 18% de encuestados tienen dificultad para caminar, correr y saltar, seguido por el 17% que presentan dificultad para hablar y comunicarse, le sigue el 12% con dificultades de la memoria y aprendizaje, con el 8% están los problemas de movilizar objetos con las manos, el 7% corresponde a problemas de la audición, con el 6% tenemos las dificultades para desplazarse por trechos cortos; problemas para asearse y vestirse por sí mismos y relacionarse con las demás personas, el 2% corresponde a problemas al masticar y tragar; así mismo alteraciones para percibir la luz; y problemas para mantener piel y uñas sanos; y problemas para mantener posiciones del cuerpo, el 1% corresponde a dificultades para retener o expulsar la orina, y otras alteraciones corresponde al 2%.

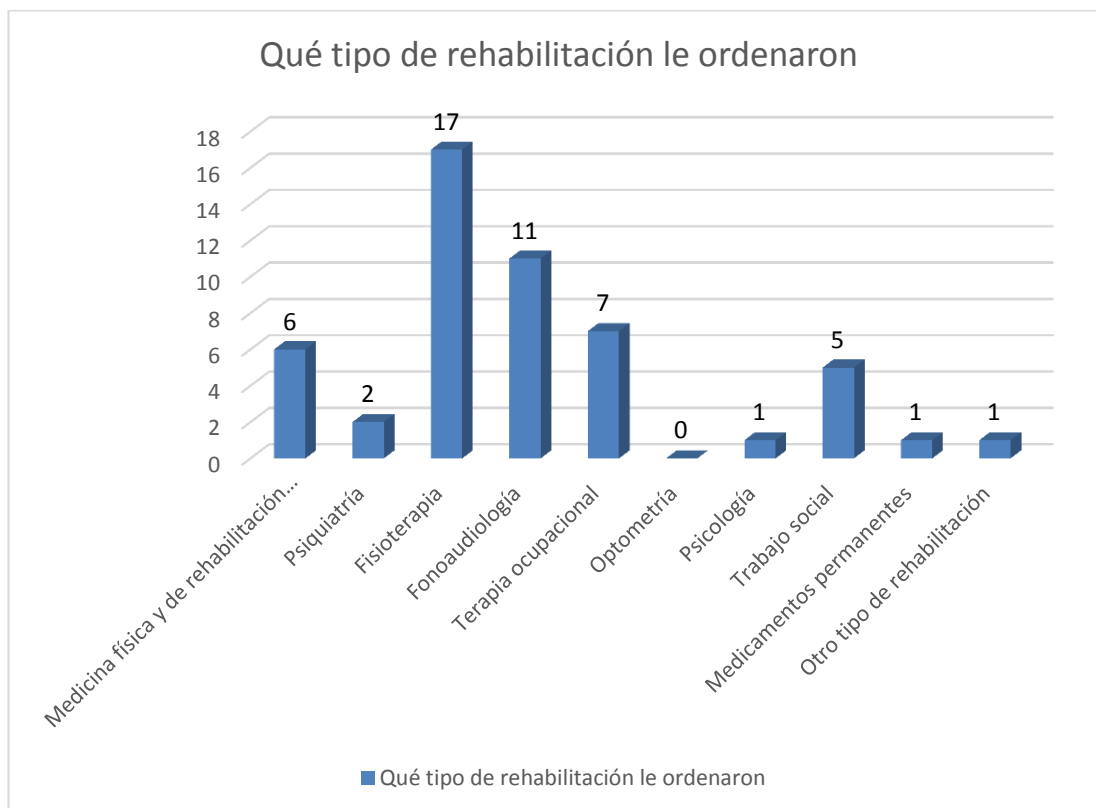
**Tabla 26. En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.**



De acuerdo a las personas con discapacidad 6 personas tienen dificultades en el dormitorio, 3 en el Baño-Sanitario, 10 en las escaleras, 4 en los pasillos-patios, 12 personas en los andenes-aceras, 16 personas en las calles-vías, 8 en Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias, 11 en Paraderos, terminales de transporte, 10 personas tienen dificultades en los medios de transporte público, 3 en los centros educativos, 4 de ellos tienen problemas en lugares de trabajo, 3 personas en los Centros de salud-hospitales, 3 en los centros comerciales, tiendas, plazas de mercado, 4 personas en las Instituciones públicas y 3 personas en otros lugares.

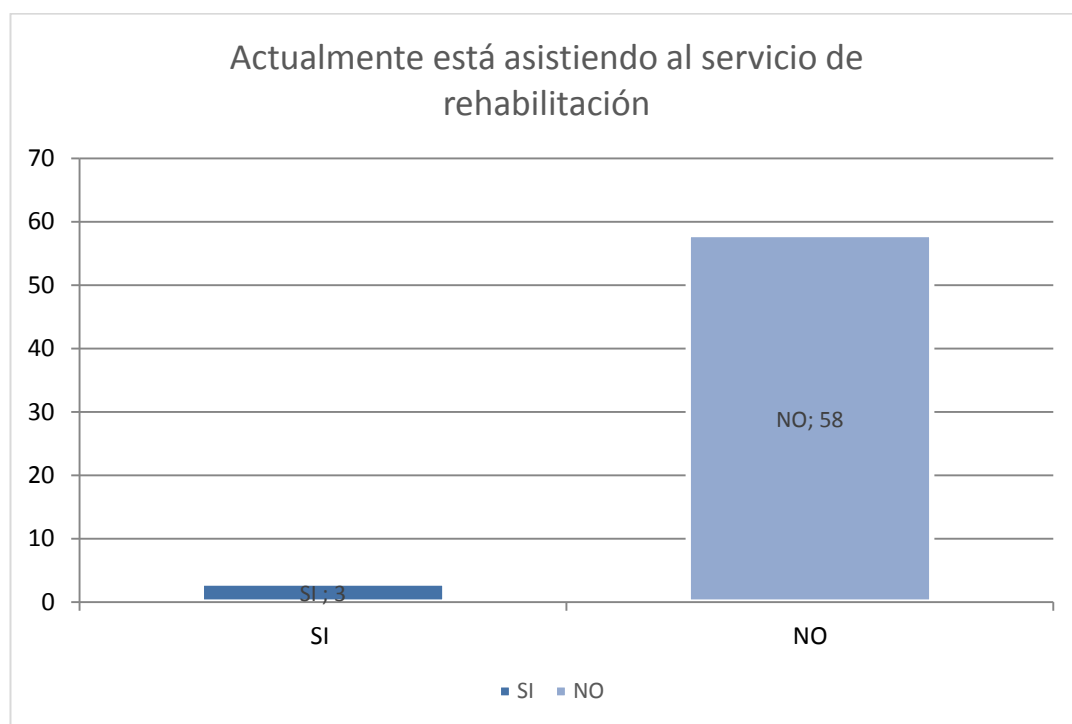


**Tabla 27. Clase de tratamiento recomendado.**



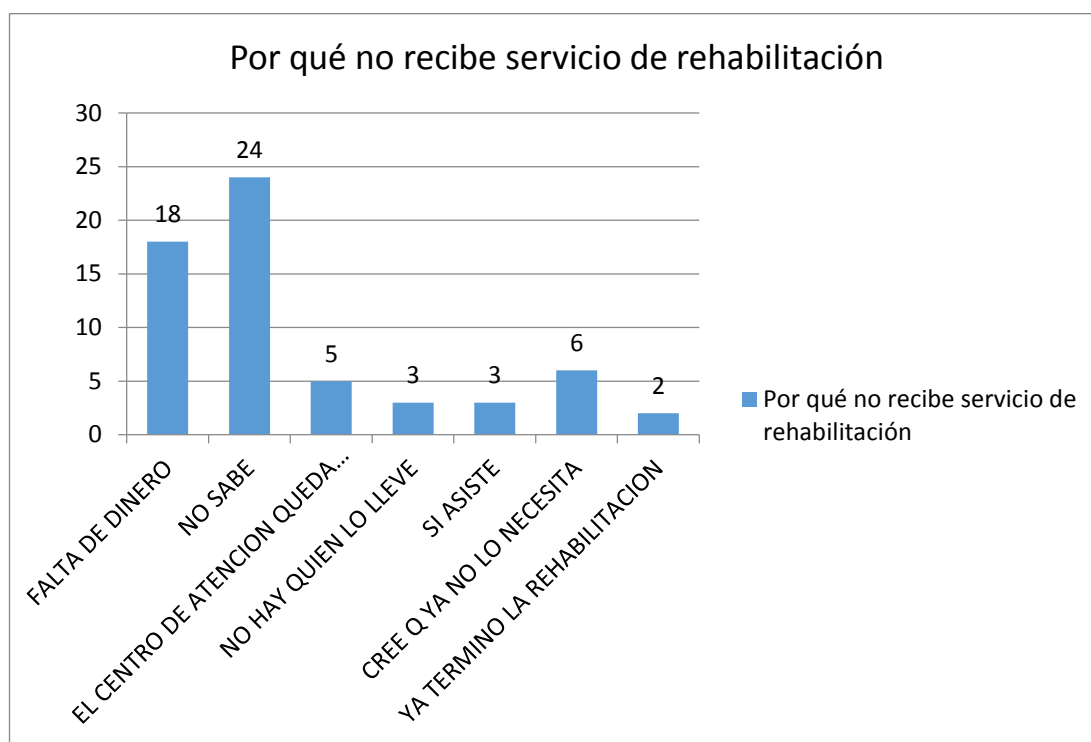
Al 2% le ordenaron hacer tratamiento de Psicología, Medicamentos permanentes y Otro tipo de rehabilitación. Al 12% Medicina física y de rehabilitación Fisiatría, el 10% de ellos hacer Trabajo social, al 4% Psiquiatría, el 21% corresponde a Fonoaudiología, 14% hacer Terapia ocupacional, 0% corresponde a Optometría y el 33% de las personas con discapacidad la remitieron a Fisioterapia.

**Tabla 28. Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación.**



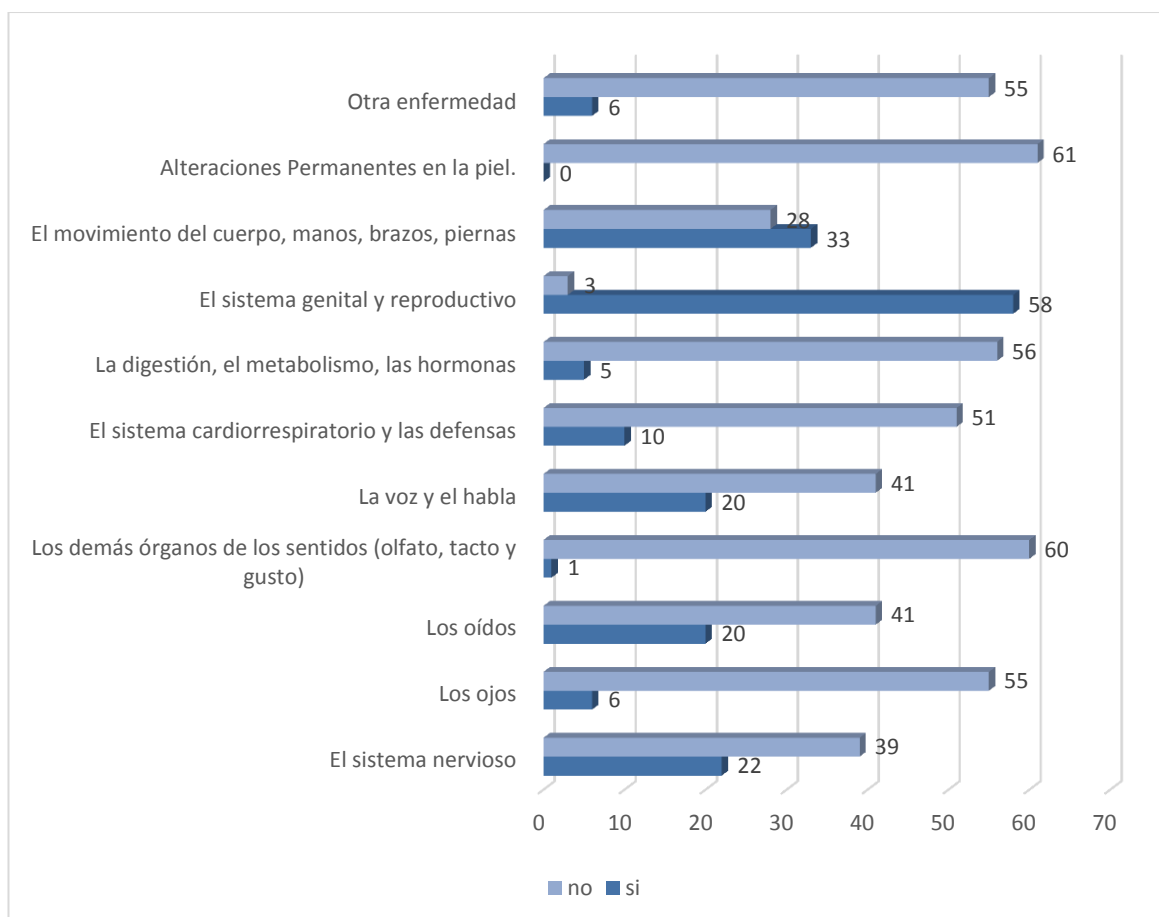
Las personas que actualmente asisten al servicio de rehabilitación son el 5%, y las personas que no asisten corresponden al 95%.

**Tabla 29. Por qué no recibe servicio de rehabilitación.**



Motivos por los cuales las personas que deben asistir a tratamiento no lo hacen, según los indicadores, porque no saben consta con el 39%, seguido por falta de dinero corresponde al 30%, los que creen q ya no lo necesitan Rehabilitación son el 10%, porque el centro de atención queda muy lejos consta con el 8%, no hay quien los lleve junto con las personas que si asisten con el 5% y por ultimo ya terminaron la rehabilitación con el 3%.

**Tabla 30. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:**



Las personas con discapacidad presentan alteraciones permanentes en su condición de salud en un 12% de las personas con discapacidad encuestados presentan alteraciones en el sistema nervioso, el 3% en los ojos, el 11% en los oídos, el 1% en los demás órganos de los sentidos, el 11% La voz y el habla, el 6% el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, 3% en la digestión, el metabolismo, las hormonas, el 32% en el sistema genital y reproductivo, el 18% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el 0% Alteraciones Permanentes en la piel y el 3% presentan problemas en otras enfermedades.

## 4.2 Discusión de resultados

Con los resultados conseguidos de la encuesta hecha a las personas discapacitadas de las comunidades de la parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo se observó que el grupo etario de mayor Incidencia oscila entre 51 a 90 años de edad de los cuales el 54% corresponde al género masculino; en lo que se refiere al género podemos decir que los datos alcanzados en registros anteriores de países latinoamericanos (CEPAL) la incidencia en las mujeres es más elevada que los hombre y alcanza el 43%, como podemos darnos cuenta los porcentajes difieren ampliamente y considero preciso se realicen nuevas investigaciones para contar con datos actuales en países latinoamericanos.

En lo concerniente a los diferentes programas de ayuda social que brinda el gobierno en sus políticas expresan asegurar la inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica (Derechos del Buen Vivir), con relación a los resultados que conseguimos podemos decir que se ha cumplido en parte o regularmente debido a que solo un poco más de la mitad el 52,46% de los encuestados reciben la ayuda que brinda el gobierno; estos porcentajes son alarmantes ya que al ser un grupo vulnerable deberían ser atendidos tal como establece la constitución y no solo suministrar información que oculten los verdaderos resultados.

En el ámbito educativo o de escolaridad las políticas del Plan Nacional del Buen Vivir garantizan una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones, no obstante, la presente investigación proporcionó como resultados que el 82% de las personas discapacitadas no asiste a ningún establecimiento educativo debido a que sus actividades se vieron perturbadas como resultado de su discapacidad. Lo que nos demuestra que aún perduran prototipos familiares que no ven a la educación como una oportunidad para desarrollarse como ente productivo y tener un mejor estilo de

vida, pese a que en la constitución se acuerda la inserción de las personas con discapacidad en el campo educativo.

En lo que se refiere al motivo por el cual no asisten a rehabilitación física los resultados cifran que el 39% no sabe que necesita rehabilitación física, el 30% por falta de dinero, el 8% dice que el centro donde debe asistir es muy lejos, el 3% ya término y el 10% dice ya no necesita; a esto la Unicef revela que la mitad de las personas con discapacidades no pueden pagar la atención de salud que requiere, 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.

Según los datos logrados el 21% de las personas con discapacidad necesitan de algún tipo de ayuda especial, prótesis o medicamento permanente; a todo lo antepuesto la CEPAL difunde que en muchos países, los servicios de rehabilitación son insuficientes. Datos procedentes de cuatro países del África meridional indican que sólo entre un 26 y un 55% de las personas que requerían servicios de rehabilitación médica los recibían, y sólo entre el 17 y el 37% de los que necesitaban dispositivos de ayuda (por ejemplo, sillas de ruedas, prótesis, audífonos) podían acceder a ellos.

De acuerdo a los datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en todo el país hay 375.430 personas con algún tipo de discapacidad de estos el 47% corresponde a personas con discapacidad físico motora la más prevalente, teniendo en cuenta nuestra investigación los resultados indican que el 18% representa a las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; clasificar de acuerdo a nuestro juicio dentro del tipo de discapacidad físico motora.

### **4.3 Respuestas a las Preguntas**

#### **¿Cuál es el grupo etario de mayor prevalencia que presenta discapacidad?**

En la comunidad Eugenio Espejo encontramos que el grupo etario de mayor incidencia es de 51 a 90 años que representan el 43% entre hombres y mujeres, seguido por el grupo de 0 a 20 años que es el 39%, y el menor grupo etario de 21 a 50 años con el 18%.

#### **¿Cuál es la condición socioeconómica de la comunidad?**

Según el análisis de la encuesta y obtenidos los resultados indican que los diversos factores socioeconómicos como es el agua potable el 83,61% de las viviendas se beneficia, el 81,97 con energía eléctrica, y el 47,54% de las viviendas se beneficia de alcantarillado; el 98,36% de ellas utiliza agua potable para la preparación de sus alimentos; el 93,40% de las personas con discapacidad viven en casa tipo departamento; los que poseen casa propia totalmente pagada son el 52,50%; las personas que reciben servicios del gobierno son el 77%; el 52,46% de las personas con discapacidad son beneficiarias del programa de bono del desarrollo humano, el 8,20 se beneficia del programa de vivienda por discapacidad, la Misión Manuela Espejo brinda ayuda a 6,56% de las personas, mientras que el bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a 3,28% de ellas; el equipamiento de vivienda llega a un 6,6%; EL 78,79% de las personas no consta con servicios básicos a su nombre; el 98,40% no tienen subsidio en los servicios básicos; los medios de comunicación más utilizados por la parroquia es la televisión con un 55,70%; en la parroquia se evidenció que el 93,40% no cuenta con una afiliación; el 63,90 de la población no sabe leer ni escribir; el 82% no está estudiando actualmente; los establecimientos educativos cuentan con ayudas pedagógicas en un 9,80%; la causa primordial por la cual las personas con discapacidad no asisten a los establecimientos educativos es de un 34,40% atribuido a su discapacidad; el 26,20% de las personas aprobó el

preescolar; y finalmente se obtuvo como resultado que el 52,50% de las personas con discapacidad participan en actividades con la familia y amigos.

### **¿Cuáles son las actividades en las que las personas con discapacidad presentan mayor dificultad para cumplirlas?**

Los resultados indican que las personas con discapacidad presentan alteraciones permanentes en su condición de salud en un el 32% en el sistema genital y reproductivo, el 18% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, 12% presentan alteraciones en el sistema nervioso, el 11% en los oídos, el 11% La voz y el habla, el 6% el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, 3% en la digestión, el 3% en los ojos, el metabolismo, las hormonas, el 1% en los demás órganos de los sentidos, el 0% Alteraciones Permanentes en la piel y el 3% presentan problemas en otras enfermedades.

#### **4.4 Conclusiones**

- ✓ En el transcurso de la investigación que se realizó en las comunidades de la parroquia Eugenio Espejo del Cantón Otavalo se localizó a 61 personas con discapacidad de las cuales el 42,60% concierne a discapacidad física; seguidas de un 18% a discapacidades auditivas; 4,9% a otras.
- ✓ Una vez finalizado el sondeo se pudo establecer que la comunidad con mayor número de personas con discapacidad es la comunidad de Calpaquí 56% además de esta población el 60% tienen discapacidad física; y 40% personas con deficiencias.
- ✓ Los distintivos sociodemográficas concluyentes en esta investigación, que se llevó a cabo en el sector rural de Eugenio Espejo donde los habitantes que tiene mayor incidencia de discapacidad se encuentran en Calpaquí con un 56% de la población en cuanto a su etnia el mayor porcentaje con un valor de 98% se encontró en la personas que se consideran indígenas; predominando el sexo femenino con su equivalente del 68% y por último el índice de escolaridad, fue muy bajo, se encontró que nadie posee un estudio de tercer



nivel, la mayoría sin embargo al menos tiene una educación preescolar de 26,20%, primaria 4,90% y secundario 1.60% ). El 63,90% no sabe leer ni escribir.

- ✓ Al finalizar la tabulación y ver los resultados obtenidos del trabajo de investigación. Se evidenció que en la parroquia Eugenio Espejo las ayudas tecnológicas, económicas y servicios sociales prestadas por el gobierno central, tales como Joaquín Gallegos Lara ha beneficiado a tan solo el 3,28% de las personas con discapacidad, la Misión Manuela Espejo en un 6,56%, el equipamiento de vivienda en un 6,6%, la vivienda por discapacidad ha llegado en un 8,20%, y siendo el de mayor porcentaje el servicio de bono del desarrollo humano con 77% de las personas con discapacidad.

#### **4.5 Recomendaciones**

- ✓ Inmediatamente de haber culminado con esta primera fase del proyecto es preciso continuar socializando sobre el valor de ejecución de este estudio ya que constituye un gran aporte sobre lo que compete investigación para la Universidad y la carrera y más que todo el mérito que se lleva uno al realizar estas actividades.
- ✓ Sería imperioso que la Universidad Técnica del Norte como pionera en esta investigación y siendo un referente en la provincia y en el norte del país, siga tomando la iniciativa y continúe con programas de ayuda que beneficien a la provincia, al alumnado y a las personas con discapacidad encontradas en la parroquia Eugenio Espejo, del cantón Otavalo, por medio de vinculación universitaria, y dejando plasmado así, un modelo a seguir por otras casonas universitarias en diferentes provincias del país.

#### 4.6 Glosario de términos

**Georreferenciación.-** posicionamiento en el que se define la localización de un objeto espacial a una posición en la superficie de la Tierra con un sistema de coordenadas y datum determinado.

**Autismo.-** se lo llama "trastorno de espectro" porque diferentes personas con TEA pueden tener una gran variedad de síntomas distintos. Estas pueden tener problemas para hablar con usted y es posible que no lo miren a los ojos cuando usted les habla. Además, pueden tener intereses limitados y comportamientos repetitivos. Es posible que pasen mucho tiempo ordenando cosas o repitiendo una frase una y otra vez. Parecieran estar en su "propio mundo".

**El Trastorno del Espectro Autista.-** es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende. Este trastorno incluye lo que se conocía como síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

**Hiperactividad.-** es más común entre los niños que entre las niñas y afecta entre el 3 y el 5% de los niños en los Estados Unidos. Las principales características del trastorno del espectro autista son:

- ✓ Falta de atención
- ✓ Hiperactividad
- ✓ Impulsividad

No se sabe exactamente cuál es la causa de trastorno del espectro autista. Existe una tendencia familiar, de modo que puede haber factores genéticos. Algunos factores ambientales también pueden influir.

**Espectro.-** variedad de elementos, tendencias, clases, etc., que forman un todo.

**Distrofia.-** trastorno o estado patológico que se debe a una alteración en la nutrición y que se caracteriza por una pérdida de volumen o de las capacidades funcionales de un órgano o de un tejido.

**Kernicterus.-** es una afección neurológica poco común que ocurre en algunos recién nacidos con ictericia grave.

**Hemocromatosis.-** es una enfermedad en la que exceso de hierro se acumula en su cuerpo. Su cuerpo necesita hierro, pero demasiado resulta tóxico. Hay dos tipos de hemocromatosis. La hemocromatosis primaria es una enfermedad hereditaria. Hemocromatosis secundaria es generalmente el resultado de algo más, como la anemia, la talasemia, enfermedad hepática o transfusiones de sangre.

**Anemia Drepanocítica.-** es una enfermedad que se transmite de padres a hijos. Los glóbulos rojos, que normalmente tienen la forma de un disco, presentan una forma semilunar. Los glóbulos rojos llevan oxígeno por todo el cuerpo.

**Talasemia.-** anemia hereditaria que cursa con una destrucción de los glóbulos rojos de la sangre; se presenta de modo preferente en individuos de países mediterráneos y se debe a un trastorno en la producción de hemoglobina.

**Perinatal.-** se emplea para referirse a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

**Enfermedad de Von Willebrand.-** es el trastorno hemorrágico hereditario más común. La enfermedad de von Willebrand es causada por una deficiencia del factor de Von Willebrand, que ayuda a las plaquetas de la sangre a amontonarse (aglutinarse) y adherirse a las paredes de los vasos sanguíneos, lo cual es necesario para la coagulación normal de la sangre. Existen varios tipos de la enfermedad de

Von Willebrand. El factor principal de riesgo es un antecedente familiar de un trastorno hemorrágico.

**Síndrome Alcohólico Fetal.-** es el tipo de trastorno más serio. Las personas con este síndrome sufren de anormalidades faciales que incluyen ojos muy separados y estrechos, problemas de crecimiento y anomalías del sistema nervioso. El trastorno del espectro alcohólico fetal dura toda la vida. No existe una cura. Los tratamientos pueden ayudar. Estos incluyen medicamentos para tratar los síntomas y terapia de conducta. Estos tratamientos deben ser diferentes para cada persona dependiendo de los síntomas.

**Espina Bífida.-** es un defecto del tubo neural, un tipo de defecto congénito del cerebro, la columna vertebral o de la médula espinal. Ocurre si la columna vertebral del feto no se cierra completamente durante el primer mes de embarazo. Esto puede dañar los nervios y la médula espinal. Pruebas de detección durante el embarazo pueden diagnosticar espina bífida. A veces se descubre sólo después del nacimiento del bebé.

**Software.-** se refiere al equipamiento o soporte lógico de un sistema informático, que comprende el conjunto de los componentes necesarios que hacen posible la realización de tareas específicas, en contraposición a los componentes físicos' que son llamados hardware.

**Policéntrica.-** que posee varios centros de dirección o decisión.

**Constitución.-** a veces llamada también carta magna o carta fundamental) es la norma suprema de un Estado de derecho soberano, es decir, la organización establecida o aceptada para dirigirlo. La Constitución fija los límites y define las relaciones entre los poderes del Estado (poderes que se definen como poder legislativo, ejecutivo y judicial) y de estos con sus ciudadanos, determinando así las bases para su gobierno y para la organización de las instituciones en que tales

poderes se asientan. Este documento busca garantizar al pueblo sus derechos y libertades

**Oralismo.-** sistema de comunicación y enseñanza del niño/a sordo/a que se basa en la utilización exclusiva del lenguaje oral.

**Bioética.-** estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida (medicina y biología, principalmente), así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos.

**Superintendencia.-** máxima dirección en un organismo. Cargo y jurisdicción del superintendente.

**Parágrafo.-** fragmento de un escrito que tiene una unidad temática y se diferencia del resto de fragmentos por un punto y aparte, y a veces por estar sangrada la primera línea del texto. Párrafo.

**Temporalización.-** es la que se usa cuando se trata de hacer referencia al fenómeno de darle tiempo o manejar el tiempo de algo. La temporalización es una noción completamente abstracta generada por el ser humano para controlar y organizar mejor el tiempo, siempre se hace en términos numéricos o cuantitativos por lo que es artificial siendo que la naturaleza y los demás reinos que en él viven no se organizan en tiempos exactos o definidos si no en ciclos más o menos laxos. La temporalización entonces tiene que ver con la noción de fechas, horas, minutos y otros elementos que sirven para organizar el espacio temporal de un modo más reconocible.

**Socioeconómico.-** de la sociedad y la economía conjuntamente, o relacionado con ambas cosas.

**Sociodemográfico.-** Pues esa palabra se puede descomponer en dos socio que quiere decir sociedad, de la sociedad y demografía que quiere decir estudio estadístico sobre

un grupo de población humana, en consecuencia sociodemográfico será un estudio estadístico de las características sociales de una población, es decir cuántos tienen estudios medios, universitarios, cuantos trabajan, cuantos están desempleados, cuantos tienen la casa propia y cuantos la tienen de alquiler/renta.

## BIBLIOGRAFÍA Y LINKOGRAFÍA

1. Aguilar, I., & Sánchez, J. (2008). *Manual SERMEF de Medicina Fisica y Rehabilitacion*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
2. Amate, A. (2006). *Discapacidad lo que todos debemos saber*. Washington D.C: OPS.
3. Anula, A. (2006). *Convenio Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Murcia: Grupo UAM.
4. Banco Mundial y OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: OMS.
5. Barbero, L. (2012). *Higiene y atencion sanitaria*. Madrid: Vigo.
6. Brogna, P. (2012). *Visiones y Revisiones de la discapacidad*. Mexico D.F.: F.C.E.
7. Burns, N., & Grove, S. (2005). *Investigacion en Enfermeria*. Madrid: ELSEVIER.
8. Cartón, J. C. (2009). *La discapacidad*. madrid: EDITEX.
9. Donoso, P. (2004). *Fundamentos de Medicina Fisica*. Quito: Arco Iris.
10. Espino, J. (2004). *Metodologia de investigacion en ciencias de la salud*. Cali: EDUCC.
11. Fenix, A. S. (1988). *Monografia de Otavalo*. Otavalo: Instituto Otavaleño de Antropologia.

12. Garza, A. (2007). *Manual de Tecnicas de Investigacion*. MexicoD.F.: El colegio de Mexico.
13. Gil, V. (2008). *Fundamentos de Medicina Fisica*. San Jose: UCR.
14. Gonzales, E. M. (2009). *100 Años de Historia, Trabajo y Arte*. Otavalo: Instituto Otavaleño de Antropología.
15. Heinemann, K. (2003). *Introduccion a la metodologia de la investigacion*. Barcelona: PAIDOTRIBO.
16. Martínez, C. (2014). *Tecnica e instrumentos de recogida de datos*. Madrid: UNED.
17. Martínez, J. L. (2009). *Exclusion Social y Discapacidad*. Madrid: PROMI.
18. Martos, F. (2006). *Pedagogia Terapeutica*. Sevilla: MAD.
19. Miguez, M. (2009). *Construccion Social de la Discapacidad*. Montevideo: trilce.
20. Ministerio de Salud y protección. (5 de Agosto de 2015). *Discapacidad - Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de Discapacidad - Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
21. OIT. (2002). *Gestion de las discapacidades en el lugar de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
22. Ombudsman, F. F. (2010). *Personas con discapacidad: VII Informe sobre Derechos Humanos*. Quito: Trama.
23. OMS. (2001). *Clasificacion Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud*. Ginebra: OMS.
24. OMS. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington D.C.: E. Alicia Amate y Armando J. Vazques.
25. OMS. (2012). *Clasificacion Internacional del funcionamiento, discapacidad y salud*. Ginebra: World Health Organization.
26. OMS. (2013). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad 2011*. Estados Unidos: World Health Organization.
27. oriano, E. (s.f.).

28. Palacios, A. (2008). *el modelo social de discapacidad, origen, caracteriacion,y planeacion en la convencion internacional de las personas con discapacidad*. Madrid: CIMEA.
29. Pantano, L. (2009). *Medicion de la Discapacidad en Latinoamerica: orientacion conceptual y visibilizacion*. Buenos Aires: Universidad Catolica de Argentina.
30. Parra, C. (2009). *Derechos Humanos y Discapacidad*. Bogota D.C.: Universidad Rosario.
31. Poloño, B. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados*. Madrid: Panamericana.
32. Rodriguez, J. (2009). *epidemiologia de los trastornos mentales en america latina y el caribe*. Washigton D.C: OPS.
33. San Miguel, E., & Casasola, N. (1999). *La incorporacion al desarrollo de las personas con discapacidad*. Mexico D.F.: Comision de los Derechos Humanos.
34. Sánchez, M. (2005). *Manual de Trabajo Social*. Mexico D.F.: Plaza y Valdez S.A.
35. Sánchez, M. O., & Solar, J. I. (2008). *La Convencion sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*. Madrid: DYKINSON.
36. Schalock, R. L. (18 de marzo de 1999). *Hacia una nueva concepcion de la discapacidad*. Recuperado el 4 de Agosto de 2015, de Hacia una nueva concepcion de la discapacidad: <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf>
37. Soriano, E. (1983). *Historia General de America Latina:Las Sociedades Origenarias*. Otavalo: Instituto Otavaleño de Antrpologia.
38. Toro, I., & Parra, R. (2006). *Metodo y Conocimiento*. Medellin: EAFIT.
39. Verdugo, M. Á. (6 de Junio de 2002). *Analisis de la situacion de la discapacidad*. Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de Analisis de la situacion de la discapacidad: [www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR\\_2002.pdf](http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR_2002.pdf)
40. Wiesner, B. -D. (2008). *El concepto maitland*. Madrid: Panamericana.



41. Wikipedia. (22 de Enero de 2004). *Discapacidad - Wikipedia, la enciclopedia libre*. Recuperado el 4 de Agosto de 20015, de Discapacidad - Wikipedia, la enciclopedia libre: <https://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>
42. Zaragoza, I. (2011). *Discapacidad y Deficiencia*. Cordova: AKADIA.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Encuesta**

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE FISIOTERAPIA**  
**FORMULARIO DE DISCAPACIDAD E 1.02**

**COORDENADA X**

**COORDENADA Y**

**ALTURA**

**Identificación personal:**

1. Nombres y apellido:
2. # de cedula:
3. Fecha de nacimiento:
4. Género: Masculino Femenino
5. Nacionalidad: Blanco Mestizo Indígena Afroamericano Otros
6. Zona: Urbana Rural

**Localización y Vivienda:**

7. Casa Apartamento Cuarto Institución pública Institución privada Calle Otro tipo de vivienda
8. Arriendo o subarriendo Vivienda propia y la está pagando Vivienda propia totalmente pagada
9. Vivienda de un familiar sin pagar arriendo Vivienda de un tercero sin pagar arriendo Otra Si No
10. Bono de desarrollo humano Misión Manuela Espejo Bono Joaquín Gallegos
11. Vivienda por discapacidad No es beneficiario/ beneficiario de vivienda por discapacidad

**Caracterización y origen de la Discapacidad:**

12. El sistema nervioso
13. Los ojos Los oídos Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) La voz y el habla
14. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
15. La digestión, el metabolismo, las hormonas
16. El sistema genital y reproductivo
17. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas La piel Otra Ninguna
18. Pensar, memorizar Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
19. Oír, aun con aparatos especiales
20. Distinguir sabores u olores Hablar y comunicarse
21. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
22. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
23. Retener o expulsar la orina
24. Tener relaciones sexuales, tener hijos
25. Caminar, correr, saltar
26. Mantener piel, uñas y cabellos sanos
27. Relacionarse con las demás personas y el entorno
28. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
29. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo

30. Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo Otra Ninguna Familiares  
Amigos, compañeros Vecinos Funcionarios, empleados Otras personas Nadie
31. Dormitorio Sala - comedor Baño - sanitario Escaleras Pasillos - patios  
Andenes, aceras Calles
32. Vías Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias Paraderos, terminales de  
transporte Vehículos de transporte público Centros educativos
33. Lugares de trabajo Centros de salud, hospitales Centros comerciales, tiendas,  
plazas de mercado Instituciones públicas Otros Ninguna
34. Medios escritos Radio Televisión Teléfono Internet Ninguno
35. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
36. Complicaciones en el parto
37. Enfermedad general Alteración genética, hereditaria
38. Lesión auto infligida Enfermedad profesional
39. Consumo de psicoactivos
40. Desastre natural Accidente Víctima de violencia
41. Conflicto armado
42. Dificultades en la prestación de servicios de salud
43. Enfermedades catastróficas; raras o huérfanas; menores de 14 años con VIH  
Otras No sabe
44. Medio ambiente físico del lugar de trabajo
45. Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
46. Contaminantes (químicos, biológicos)
47. Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
48. Organización del trabajo (psicolaborales) Otra causa No es enfermedad  
profesional
49. Psicoactivos aceptados socialmente Psicoactivos socialmente no aceptados  
No es por consumo de psicoactivos
50. Terremoto Inundación Deslizamiento Otro desastre natural No es por  
Desastres naturales
51. De tránsito En el hogar En el centro educativo De trabajo Deportivo Otro tipo  
de accidente No es por accidente

52. Al interior del hogar Delincuencia común Social Otra No fue víctima de violencia
53. Arma de fuego Bomba Minas antipersonales Otro tipo de arma No fue causa de conflicto armado
54. 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
55. Instituto ecuatoriano de seguridad social, Instituto de seguridad social de la policía, Instituto de seguridad social de las fuerzas armadas, Seguro Campesino Otro Ninguno Contributivo (IESS-ISFA-ISPOL-Privado) Subsidiado (MSP) Régimen especial (Seguro campesino) Vinculado (asegurado por un familiar) Ninguno No sabe No está afiliado
56. Algún miembro del hogar Persona externa no empleada Persona externa empleada para ayudarlo Otra No necesita ayuda permanente de otra persona
57. 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
58. Medicina física y de rehabilitación Psiquiatría Fisioterapia Fonoaudiología Terapia ocupacional Optometría Psicología Trabajo social Medicamentos permanentes Otro tipo de rehabilitación
59. Ministerio de Salud Seguro Familia Personalmente ONG Empleador Otro No asiste a rehabilitación
60. Público Privado No sabe No asiste a 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
61. Público Privado No asiste actualmente a algún establecimiento educativo Pedagógicos Tecnológicos Terapéuticos Ninguno No asiste actualmente a algún establecimiento educativo

**Educación:**

62. Asiste actualmente a algún establecimiento educativo Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar

- 63. Costos educativos elevados o falta de dinero Por falta de tiempo
- 64. No aprobó el examen de ingreso
- 65. Falta de cupos No existe centro educativo cercano
- 66. Necesita trabajar No le gusta o no le interesa el estudio
- 67. Perdió el año o fue expulsado
- 68. Su familia no quiere que estudie Por su discapacidad Otra razón Si asiste actualmente a algún establecimiento educativo
- 69. Preescolar Básica Bachillerato Superior Postgrado Ninguno

**Participación en actividades con la familia o comunidad:**

- 70. Con la familia y amigos Con la comunidad Religiosas o espirituales Productivas Deportivas o de recreación Culturales Educación no formal Ciudadanas Otras Ninguna
- 71. 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

**Trabajo:**

- 72. Trabajando Buscando trabajo Estudiando Realizando oficios del hogar Recibiendo renta Pensionado - jubilado Realizando actividades de autoconsumo Otra actividad
- 73. A término fijo A término indefinido Sin contrato No está trabajando
- 74. Industria Comercio Agrícola Pecuaria Servicios Otra actividad No está trabajando
- 75. Obrero - empleado del gobierno Obrero - empleado particular
- 76. Jornalero o peón Patrón o empleador
- 77. Trabajador por cuenta propia Empleado(a) doméstico(a)
- 78. Trabajador familiar sin remuneración No está trabajando
- 79. Padres Hermanos Familiares Hijos Él mismo Cónyuge Otros Sí No No trabaja 0-100 usd 100-350 usd 350-700 700 o más No tiene ingreso mensual

Sí No No trabaja SECAP Una institución pública Una institución privada No  
recibió capacitación

80. Mejorar su actividad productiva Cambiar de actividad productiva No necesita  
capacitación.

**Datos del Encuestador:**

81. Nombre del encuestador:

82. Fecha de la encuesta:

83. Sector: Eugenio Espejo 2

**Anexo 2. Figura 1.- Sistemas biológico, social y ecológico.**

<b>Sistema Biológico</b>	<b>Sistema Social</b>	<b>Sistema Ecológico</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Potencia Genética</b></li><li>○ <b>Capacidad inmunológica</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Cultura</b></li><li>○ <b>Tradición</b></li><li>○ <b>Habitud</b></li><li>○ <b>Conducta</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Familia</b></li><li>○ <b>Comunidad</b></li><li>○ <b>Social</b></li></ul>

**Anexo 3. Figura 2.- Factores de Riesgo de la Discapacidad.**

<b>Falta de atención Perinatal</b> -Parálisis cerebral -Cardiopatías congénitas -Anomalías -Bajo peso al nacer
<b>Situación Social</b> - Adicciones - Sida - Pobreza - Falta de educación
<b>Alcoholismo</b> -Retardo mental -Accidentes de transito -Síndrome de alcoholismo fetal

**Anexo 4. Figura 3.- clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías.**

<b>Deficiencia</b>	<b>Intelectuales. Psicológicas. Lenguaje. Órgano de audición. Órgano de la visión. Musculo esqueléticas. Sensitivas y otras.</b>
<b>Discapacidad</b>	<b>Conducta. Comunicación. Cuidado personal. Locomoción. Disposición del cuerpo. Destrezas y aptitudes.</b>
<b>Minusvalía</b>	<b>Orientación. Independencia física. Movilidad Ocupación. Integración social. Autosuficiencia económica. Otras minusvalías</b>

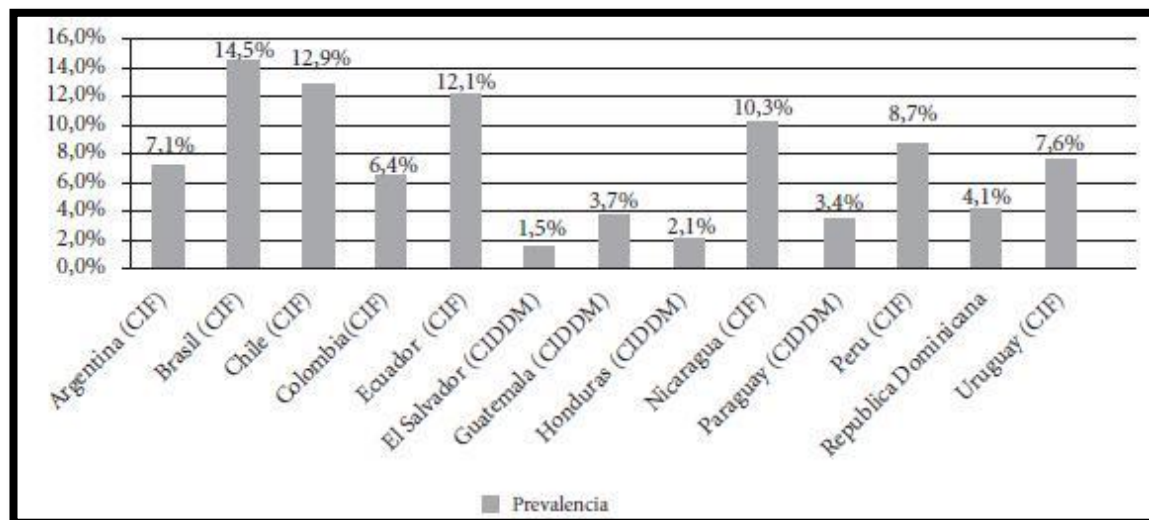


**Anexo 5. Figura 4.-Clasificación Internacional del Funcionamiento,  
Discapacidad y de la Salud**

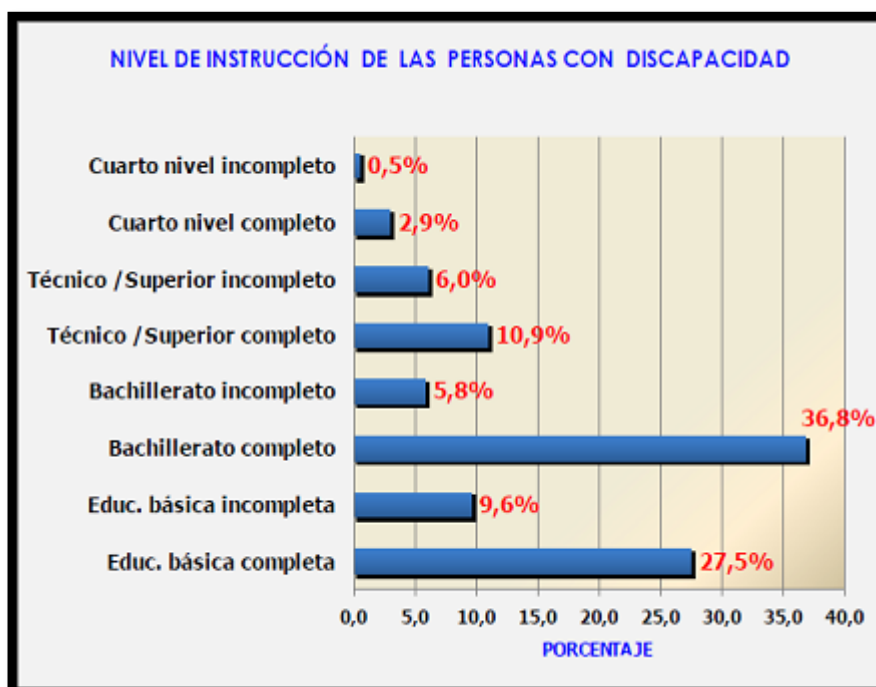
	<b>Parte 1: Funcionamiento y discapacidad</b>		<b>Parte 2: Factores contextuales</b>	
<b>Componente</b>	<b>Funciones y Estructuras Corporales</b>	<b>Actividades y Participación</b>	<b>Factores Ambientales</b>	<b>Factores Personales</b>
<b>Dominio</b>	Funciones corporales. Estructuras corporales.	Áreas vitales. (tareas y acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y discapacidad.	Influencias internas sobre el funcionamiento y discapacidad.
<b>Constructo</b>	Cambios en las funciones corporales. (fisiológicas)	Capacidad realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/realización	El efecto facilitador o de barrera de las características del	El efecto de los atributos de la

	Cambios en la estructura del cuerpo. (anatómicos)	Realización de tareas en el entorno real.	mundo físico, social, y actitudinal.	persona.
<b>Aspectos positivos</b>	Integridad funcional y estructural.	Actividades participación.	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
<b>Aspectos negativos</b>	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación.	Barreras/obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

**Anexo 6. Figura 5.- Prevalencia de la discapacidad.**



Anexo 7. Figura 6.- Educación



## **Anexo 8. Fotos relatorías**

























