



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

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

**TEMA:
DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA
COMUNIDAD PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU
DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA
EN EL PERÍODO DE OCTUBRE- DICIEMBRE 2014**

AUTORAS:

Sonia Verónica Castro Morillo

Ana Paulina Dueñas Gangotena

DIRECTOR DE TESIS:

Ing. Alan Roger Proaño Rosero

IBARRA-ECUADOR

JUNIO-2014



**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:

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:	100320013-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	DUEÑAS GANGOTENA ANA PAULINA		
DIRECCION :	Ibarra.		
EMAIL:	paulis08d@hotmail.com		
TELEFONO FIJO:	062653333	TELEFONO MOVIL:	0939362592

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:	100314535-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	CASTRO MORILLO SONIA VERÓNICA		
DIRECCION :	Ibarra, La Victoria Hugo Guzman Lara y Manuel Zambrano		
EMAIL:	vero-sc31@hotmail.com		
TELEFONO FIJO:	062615953	TELEFONO MOVIL:	0999934128

DATOS DE LA OBRA	
TITULO	DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2014
AUTOR (ES)	ANA PAULINA DUEÑAS GANGOTENA Y SONIA VERONICA CASTRO MORILLO
FECHA: AAAAMMDD	2015/01/12

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.


Yo, ANA PAULINA DUEÑAS GANGOTENA, con cédula de identidad Nro. 100320013-4, y yo SONIA VERONICA CASTRO MORILLO, con cédula de identidad Nro. 100314535-4 en calidad de autor(es) y titular(es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.


3. CONSTANCIAS

Las autoras 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 son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

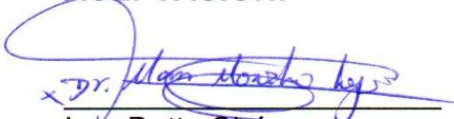
Ibarra, a los 12 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

Firma 
Ana Paulina Dueñas
C.C: 100320013-4

Firma 
Sonia Verónica Castro
C.C. 100314535-4

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE FE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



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

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

Yo, **ANA PAULINA DUEÑAS GANGOTENA**, con cédula de identidad Nro. 100320013-4, y yo **SONIA VERONICA CASTRO MORILLO**, con cédula de identidad Nro. 100314535-4, 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: **“DIAGNOSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU DEL CANTÓN OTAVALO”** que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIADAS EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA** 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.

Ibarra, a los 15 días del mes de Enero de 2015.

LAS AUTORAS:

Firma 
Ana Paulina Dueñas
C.C: 100320013-4

Firma 
Sonia Verónica Castro
C.C. 100314535-4



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

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Certifico que la presente tesis de grado realizada por las Srtas. Sonia Verónica Castro Morillo y Ana Paulina Dueñas Gangotena, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte, se desarrolló bajo mi dirección, es un trabajo estructurado de manera independiente, personal e inédito y ha sido concluido bajo el título **"DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO DE OCTUBRE- DICIEMBRE 2014"**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

En la ciudad de Ibarra, a los 05 días del mes de Enero de 2015.

.....
Ing. Alan Proaño
DIRECTOR DE TESIS



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

CONSTANCIAS

Las autoras 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 a defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 15 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

Ana Paulina Dueñas Gangotena
C.I.: 100320013-4

Sonia Verónica Castro Morillo
C.I.: 100314535-4

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado realizado con esfuerzo y sacrificio me permite lograr una de las aspiraciones de mi vida, que es la de obtener el título de Licenciada en Terapia Física, por eso esta investigación quiero dedicarle a quienes fueron las razones que inspiraron la consecución de este objetivo de mi vida:

En primer lugar se lo dedicó a mi querida hija Arianita, a mi familia en especial a mis padres que con ejemplo de trabajo, honradez y perseverancia, y con su apoyo incondicional fueron artífices de este logro universitario. A mis amigos que en todo momento fueron apoyo para este trabajo.

Pauly

Dedico el presente trabajo a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Con mucho amor y cariño a mi madre Fanny, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi padre, que ha estado conmigo siempre y he recibido su apoyo moral e incondicional, hoy en este día muy especial para mí y mi familia. A mis hermano Pilar, Felipe y a mis sobrino Jahir agradezco por sus consejos y animo de continuar con mi carrera y seguir adelante, por estar conmigo siempre en la culminación de lo largo de mi carrera.

Verito

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte y los docentes de la especialidad por sus conocimientos académicos impartidos durante nuestros años de estudio que fueron fundamentales para nuestra formación profesional y para alcanzar el Título de Licenciadas en Terapia Física.

A nuestro tutor Ing. Alan Proaño por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en nosotras poder culminar nuestros estudios con éxito.

Y al departamento de Geomántica de la Universidad Técnica del Norte agradecer por su colaboración en la guía y ayuda del levantamiento de coordenadas con los Gps.

Un agradecimiento especial para la Doctora Salome Gordillo por su apoyo y guía durante la elaboración del proyecto.

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

Sonia Verónica Castro Morillo
Ana Paulina Dueñas Gangotena

INDICE DE CONTENIDOS

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.....	ii
2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.¡Error! Marcador no definido.	
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE¡Error! Marcador no definido.	
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS¡Error! Marcador no definido.	
CONSTANCIAS.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
RESUMEN.....	xiii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación	4
1.4.1 Objetivos general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II.MARCO TEÓRICO	7
2.1 Contextualización de la comunidad	7
2.1.1. Límites.....	9
2.1.2. División político administrativas de las comunidades a trabajar.....	10
2.1.3. Servicios de salud en la comunidad Agato, Arias Uco y FakchaLlackta.....	11
2.2. Discapacidad	12
2.2.1. Causas.....	14
2.2.1.1. Factores genéticos.....	14
2.2.1.1.1. Síndrome De Down (Trisomía 21).....	14
2.2.1.1.1.1. Clasificación del Síndrome De Down.....	15
2.2.1.1.2. Síndrome De Edwards (Trisomía 18).....	16
2.2.1.1.3. Síndrome De Patau (Trisomía 13).....	16
2.2.1.2. Errores Congénitos del Metabolismo	17

2.2.1.3. Alteraciones del Desarrollo Embrionario.....	17
2.2.1.4. Problemas Perinatales.....	19
2.2.1.5. Factores de riesgo medioambientales.....	21
2.2.1.6. Accidentes de Tránsito.....	24
2.2.1.7. Riesgo Laboral.....	25
2.2.1.8. Enfermedades de origen laboral.....	27
2.2.1.9. Consumo de sustancias psicoactivas.....	27
2.2.1.10. Exposición a sustancias tóxicas.....	29
2.2.2. Clasificación de la discapacidad.....	29
2.2.2.1. Discapacidad física.....	30
2.2.2.2. Discapacidad psíquica.....	30
2.2.2.3. Discapacidad Mental o Intelectual.....	30
2.2.2.4. Discapacidad sensorial.....	33
2.3. Clasificación Internacional De Funcionalidad (CIF).....	35
2.4. Marco Legal.....	40
2.4.1. Ley Orgánica de Discapacidades.....	40
2.4.2. Plan Nacional Del Buen Vivir.....	51
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	53
3.1. Tipo de Estudio.....	53
3.2. Diseño de Estudio.....	53
3.3. Población.....	54
3.3.1. Criterios Inclusión.....	54
3.3.2. Criterios de Exclusión.....	54
3.4. Identificación De Variables.....	54
3.5. Operacionalización De Variables.....	56
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
3.6.1. Métodos.....	58
3.6.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	58
3.6.3. Estrategias.....	59
3.7. Análisis e Interpretación De Datos.....	60
3.8. Validez y Confiabilidad de la Investigación.....	60
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	61

4.1.	Análisis de resultados	61
4.2.	Discusión de resultados.....	70
4.3.	Respuestas a la Preguntas de Investigación	72
4.4.	Conclusiones	76
4.5.	Recomendaciones	77
	Linkografía	78
	ANEXO 1	85
	ANEXO 2	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	62
Tabla 2.....	63
Tabla 3.....	64
Tabla 4.....	65
Tabla 5.....	66
Tabla 6.....	67
Tabla 7.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	62
Gráfico 2	63
Gráfico 3	64
Gráfico 4	65
Gráfico 5	66
Gráfico 6	68
Gráfico 7	69

ÍNDICE DE ANEXOS

Gráfico A2. 1. Junta parroquial Miguel Egas Cabezas	91
Gráfico A2. 2. Presidenta De La Junta Parroquial	91

Gráfico A2. 3. Presidenta De Gobierno Autónomo Descentralizado Miguel Egas Cabezas Sra. Matilde Gramal Conejo	92
Gráfico A2. 4. Comunidad Arias Uco Presidenta Sra. Celestina Maldonado	92
Gráfico A2. 5. Comunidad FacchaLlacta Presidente Sr Cesar Fures	93
Gráfico A2. 6. Sra. María Martínez Dirigente Del Área De Salud De La Comunidad De Faccha Llacta.....	93
Gráfico A2. 7. Encuestando en FacchaLlacta.....	93
Gráfico A2. 8. Hogar de persona con discapacidad.....	94
Gráfico A2. 9. Entrada de Peguche	95
Gráfico A2. 10. Trabajo de las dos personas con discapacidad en Peguche	95
Gráfico A2. 11. Tomando Las Coordenadas en Agato	96

"DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO DE OCTUBRE- DICIEMBRE 2014"

AUTORAS: Sonia Verónica Castro Morillo
Ana Paulina Dueñas Gangotena

DIRECTOR DE TESIS: Ing. Alan Roger Proaño Rosero

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue resultado del enfoque de las autoras, fundamentado a la ayuda de las personas con discapacidad, en este caso en las Comunidades Peguche, Agato, Facchallacta y Arias Ucu del Cantón Otavalo de la provincia de Imbabura en el periodo 2014.

La discapacidades cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

El objetivo es Diagnosticar y Georefereciar De La Discapacidad En La Comunidad Peguche, Agato, Faccha Llacta Y Arias Ucu Del Cantón Otavalo. Materiales y métodos: Es un diseño de corte transversal de tipo Descriptivo, explicativo cualitativa y cuantitativo con una muestra de 39 personas que presumen presentar una discapacidad, se empleó una encuesta estructurada para recolectar datos.

Resultados: el 92% de la población es de etnia indígena y el 8% mestizo predominando con un alto índice en el género femenino el 74,4% y en el género masculino 25,6%la principal alteración en la salud es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas el 56%, la voz y el habla el 13% y el sistema nerviosos 7%, los oídos 8%, los ojos 8%.

Conclusión: Encontramos que la mayoría de las personas con capacidades especiales es en los adultos mayores de 65 años, a consecuencia de la edad y falta de interés por su salud y bienestar familiar; existiendo prevalencia mayor en las mujeres el 74,4% ya que ellas sufren durante el periodo de embarazo, en ocasiones maltrato en el hogar.

"DIAGNOSTIC GEOREFERENCED OF DISABILITY IN THE PEGUCHE, AGATO, FACCHA LLACTA Y ARIAS UCU COMMUNITY CANTON OTAVALO IMBABURA PROVINCE IN OCTOBER-DECEMBER 2014 PERIOD "

AUTHORS: Sonia Verónica Castro Morillo
Ana Paulina Dueñas Gangotena

DIRECTOR OF THESIS: Ing. Alan Roger Rosero Proaño

ABSTRACT

The present investigation was the result of a huge research of the authors, based on the support of people with disabilities, in this case in Peguche, Agato, Facchallacta and Arias Ucu Communities from Otavalo, in the province of Imbabura, 2014 period.

The disabilities are any restriction or impairment of the ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for human beings. Disability is characterized by excesses or deficiencies in the performance of a normal routine activity, which may be temporary or permanent, reversible or arising as a direct result of deficiency or as a response of the individual, especially the psychological, physical disability, sensory or other kind of deficiencies.

The objective is to diagnose and make a geo-reference of the disability in the Peguche, Agato, FacchaLlacta and Arias Ucu Community from Otavalo.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive design, explanatory qualitative and quantitative with a sample of 39 people who claim to have a disability; to collect data, a structured survey was used.

Results: 92% of the population is from the indigenous ethnic group and 8% are mestizo, with the highest rate being females with 74.4% and 25.6% being male. The main health problem is impaired body movement, hands, arms, legs 56%, voice and speech 13%, nervous system 7%, ears 8%, eyes 8%.

Conclusion: We found out that most people with special disabilities are adults over 65 years, due to their age and lack of concern for their health and family welfare; A greater prevalence in women with a rate of 74.4%, since they suffer during the pregnancy and sometimes from domestic abuse.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Discapacidad es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo (Gobierno de Nuevo Leon, S/F)

Entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir normalmente. La proporción de personas con discapacidad está aumentando, lo que se atribuye al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas a escala mundial. (Organización mundial de la salud, S/F)

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

En todo el mundo las personas con discapacidad tienen malos resultados sanitarios, malos resultados académicos una menor participación económica y unas tasas de pobreza más alta que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos consideran obvios en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Estas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas (Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial, 2011)

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

En América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales solo 2% encuentran respuestas a sus necesidades (Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 2006)

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, según la Vicepresidencia de la República tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para la cual personal médico llegó hasta los lugares más recónditos.

En Ecuador 500 médicos, genetistas, psicopedagogos, militares y líderes comunitarios recorrieron 221 localidades durante 487 días y analizaron las condiciones de vida de las personas que tienen algún tipo de discapacidad, un proyecto conocido como misión solidaria "Manuela Espejo".

La coordinadora de las brigadas cubanas que colaboraron con la "Manuela Espejo", Mercedes Gámez, informó que en el país la prevalencia de la discapacidad es de 2,43 por ciento, es decir, algo más de dos de cada

100 habitantes presentan algún tipo de problema físico o mental en el país, que tiene unos 14 millones de habitantes.

Para elaborar las estadísticas, los equipos de voluntarios visitaron casi 1,3 millones de hogares y realizaron 825.576 consultas médicas.

Asimismo, se evidenció que las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%).

En la Costa del país se reportaron 152.469 casos, como por ejemplo discapacidad en la provincia del Guayas con el 74.833 y en la Sierra, 111.752, como principal en la provincia de Pichincha, con 45.098 casos y los demás están dispersos en las otras regiones de Ecuador.

Además, según los índices, las personas de más de 60 años son las que más tienden a sufrir alguna discapacidad. También los hombres, aunque la diferencia respecto a las mujeres cada vez es menor.(Editorial Vistazo, 2010)

En el cantón Otavalo el problema principal es la falta de información y porcentajes de discapacidad en dichas comunidades por eso realizamos el estudio y la georeferenciado por parte de los estudiantes de terapia física de la Universidad Técnica del Norte.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo influye el diagnóstico georeferenciado de la discapacidad en las comunidades de Faccha Llacta, Arias Uco y Agato en el Cantón de Otavalo provincia de Imbabura de Enero 2014?

1.3 Justificación

La necesidad de este trabajo permitió identificar a las personas con discapacidad en, Peguche, Agato, FacchaLlacta y Arias Ucu del Cantón Otavalo para facilitar la canalización de las ayudas de diferentes entes para ofrecer la valoración de discapacidad para adquirir el carnet del CONADIS con el cual recibirán ventajas y beneficios de programas como el Bono de Desarrollo Humano, Misión Manuela Espejo, al igual que descuentos en servicios básicos, en servicios de transporte, al realizar compras en comisariatos lo que evidencia la viabilidad.

La importancia de esta investigación que permite a través de levantamiento de datos para estudiar el porcentaje de la población de personas con discapacidad en las comunidades designadas, desarrollando un diálogo lo que permitió conocer cuáles son sus necesidades y la ayuda que requirieron estableciendo el nivel de pobreza, insalubridad y falta de colaboración, tomando en cuenta que se realizó un análisis de las personas que presentan enfermedades o algún tipo de alteración en su organismo y verificando que existe algún tipo de discapacidad.

Para la ejecución de este trabajo se sociabilizó con los presidentes de estas comunidades, con el objetivo de tener un fácil acceso para efectuar una evaluación mediante la elaboración y la aplicación de una encuesta y por este motivo identificar y georeferenciar la ubicación de donde está ubicada cada una de las personas que refirieron algún tipo de una discapacidad.

Identificar a las personas con discapacidad para que ellas se sientan identificadas de acuerdo a las dificultades que presentan es estas comunidades como las barreras, las condiciones en las que habitan que nos sirva como herramienta para una guía de trabajo para lograr potenciabilidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivos general

Establecer un diagnóstico georreferenciado de la discapacidad en la comunidad Peguche, Agato, FacchaLlacta y Arias Uco del Cantón Otavalo.

1.4.2 Objetivos específicos

- A.** Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio
- B.** Clasificar la discapacidad en la población de estudio
- C.** Establecer las barreras y facilitadores que intervienen en las personas con discapacidad.

1.5 Preguntas de investigación

- A.** ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- B.** ¿Cuál es la clasificación de la discapacidad en la población?
- C.** ¿Cuáles son las barreras y facilitadores que intervienen en las personas con discapacidad?

CAPÍTULO II.MARCO TEÓRICO

2.1 Contextualización de la comunidad

La historia relata el cómo se originó el nombre con el cual se le conoce a la parroquia Doctor Miguel Egas Cabezas, se dice que el nombre de Doctor Miguel Egas Cabezas, es tomado por la gran participación de un ilustre Otavaleño, que tuvo gran connotación a nivel social, logrando grandes cambio a nivel de todo el territorio nacional, a continuación se relata parte de la biografía de este ilustre Otavaleño. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Doctor Miguel Egas Cabezas, nació en Otavalo el 14 de junio de 1823. Fueron sus padres Don Manuel Egas y Doña Rosa Cabezas.Falleció en Quito el 10 de marzo de 1849. Sus restos reposan en la cripta de Santo Domingo de dicha ciudad. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

En reconocimiento a sus relevantes virtudes cívicas las ilustre municipalidad de Otavalo designo con su nombre a una de las parroquias rurales del cantón Peguche y conserva su imagen, en óleo, en el Salón Máximo del Palacio Municipal. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Según algunos historiadores en el área de Miguel Egas Cabezas habitaron los Imbayas, Otavalos y Caranquis, conocidos por su resistencia a la conquista Inca. Al llegar los españoles, Otavalo estaba poblado por muchas tribus, quienes para defenderse de los invasores se vieron obligados a migrar hacia otros lugares más apartados y comenzaron el asentamiento de grupos formados por varias familias cuyo jefe era el guía del grupo, éste debía poseer fuerza y capacidad demostrando en todo momento su liderazgo y valor.

En la época de la colonia la mayoría de los habitantes de esta comunidad trabajaban en las haciendas en calidad de huasipungueros ² y yanaperos ³, lo hacían todos los días desde altas horas, cuentan que casi no tenían tiempo ni para hacer sus aseos personales peor para hacer sus labranzas de los pequeños lotes que poseían, además no tenían derechos y mucho menos podían reclamar justicia. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

² Llamados así porque se le entregaba tierra a cambio de su trabajo.

³ Realizaban labores gratuitas en las haciendas, como pago por el pastoreo de sus animales en los páramos y potreros ajenos.

Trabajaban en los obrajes, que consistía por una parte en tareas agrícolas, ganaderas y la manufactura textil donde elaboraban ponchos, bufandas para los amos, las mujeres se encargaban del lavado de la lana, hilado, el tejido y confección; todo eso era como pago del tributo al pequeño huasipungo que tenían. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Desde esos tiempos hasta el año de 1974, la gente de este lugar trabajaba en las haciendas de Obraje de Peguche y Quinchuquí de propiedad del Alfonso Barba y su esposa Beatriz Larrea, pero al fallecer éste lo heredó su hijo Don Carlos Barba. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

La parroquia Miguel Egas Cabezas se ha dedicado netamente a la actividad textil artesanal, específicamente la comunidad de Peguche ha sido el eje central de esta actividad, esta particularidad ha hecho que tanto esta comunidad como las aledañas tengan un progreso paulatino para que se constituyan como parroquia. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Con el "Boom" de las artesanías en 1970 se comenzó a utilizar telares mecánicos, mismos que fueron adquiridos especialmente en las fábricas de Quito que renovaron sus maquinarias. Este cambio tecnológico debido al crecimiento de la demanda de los tejidos, ubica a la producción textil de

Peguiche en el campo industrial. La mayoría de los tejidos que el produce son exportados a los Estados Unidos y vendidos en los grandes almacenes, como Macy 's de Nueva York. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Con la tecnificación de la textilera y la ampliación del comercio la comunidad fue creciendo, por lo tanto fue necesario un reordenamiento territorial; es decir que en las tierras antes usadas para la agricultura, ahora son ocupadas para las viviendas, para ampliar la cadena productiva. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

En cuanto a su jurisdicción administrativa, Peguiche tuvo que luchar para ser reconocido como parroquia, pese al vertiginoso crecimiento no solo demográfico sino también económico, no fue fácil su reconocimiento, Peguiche era un caserío perteneciente a la parroquia urbana el Jordán, del cantón Otavalo, el trámite para elevarla a categoría de parroquia rural comienza en 1947. En ordenanza del 15 de junio de 1948 se considera que la parcialidad de Peguiche ha alcanzado elevado desarrollo demográfico, industrial, agrícola y comercial; por esas razones se decreta: elevar a categoría de Parroquia rural a la parcialidad o caserío de Peguiche, pero el Ministerio de Gobierno negó la creación de la Parroquia de Peguiche. Por fin, el 22 de noviembre de 1948 según decreto 178, se aprueba la ordenanza que eleva a la categoría de parroquia rural de Miguel Egas Cabezas, constituyendo parte de ella las parcialidades de Chimbaloma, Quinchuqui cuya cabecera cantonal es la comunidad de Peguiche. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

2.1.1. Límites

Norte: Quebrada de Ilumán, donde se encuentra el destacamento policial, limitando con Quinchuquí quebrada hasta el Imbabura. Desde la punta del

cerro, continúa con la quebrada de Illumán al lado oeste hasta llegar al partidero a Cotacachi. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Sur: Quebrada de PushigHuaycu que es límite con Agato y la Compañía, continuando la quebrada arriba llegar a Arias Uco y linda con la Compañía, continuando hasta el cerro Imbabura, continuando la quebrada al lado oeste es hasta el puente de Molino Chupa que dan límite con Yacu Pata y la Compañía, baja y choca con Jatun Yacu. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Este: Hasta la Punta del cerro Imbabura, parte de las comunidades de Quinchuquí, Agato y Arias Ucu. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Oeste: Media curva entre la Bolsa con Guanancig, llegando hasta Sigsí Chaca limitando con Carabuela, luego llegar hasta la Panamericana Internacional, llegar hasta la Gasolinera Carabuela y continua la Carretera y continua la carretera Panamericana al lado norte llegando hasta el cruce a Cotacachi. Lado sur oeste fabrica Pinto continuando río arriba hasta llegar a Molino Chupa. En la fábrica Pinto limita con el Colegio Agropecuario “Carlos UbidiaAlbuja” de Otavalo. Plan de Desarrollo Parroquial Miguel Egas Cabezas (Autodiagnóstico CODEMEC, 2.000)

2.1.2. División político administrativas de las comunidades a trabajar

La parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas tiene 7 comunidades: Agato, Arias Uco, Yacu Pata, Quinchuqui, FakchaLlakta, La Bolsa, Peguche;

N° Comunidades barrios

Agato

Arias Uco Central

FakchaLlackta

Dentro de la organización administrativa del gobierno parroquial de Dr. Miguel Egas Cabezas, tenemos a los presidentes de las comunidades

Sr. Cesar Fueres Presidenta Comunidad FacchaLlackta

Sr. Jesús Amaguaña Presidente Comunidad De Agato

Sra. Celestina Maldonado Presidenta Arias Uco

2.1.3. Servicios de salud en la comunidad Agato, Arias Uco y FakchaLlackta

En el año de 1975-1976, siendo ministro de salud, el Dr. Asdrubal de la Torre, en la parroquia de Miguel Egas, donó un terreno al Sr. Antonio Maldonado en el lugar donde hoy funciona el Sub centro de Salud de salud Peguche. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Los señores líderes de la comunidad de Peguche, en coordinación con el ministerio de salud pública, fundaron el puesto de salud Peguche, en el terreno antes mencionado. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

Inicia la atención al público en 1976, con la presencia de una auxiliar de enfermería, brindando atención primaria en salud. En Diciembre del año 2006, siendo líder de la unidad operativa, la Dra. Miriam Cabascango, se realiza la ampliación, creando los ambientes adecuados para elevar de categoría a Subcentro de Salud. En el año 2008, se concluye la remodelación de la unidad. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

La población de influencia del Subcentro de Salud Peguche, es de 5182 habitantes, distribuidos en las diferentes edades. (Equipo técnico PDOTS, 2008)

2.2. Discapacidad

Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad 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 ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (Dirección Nacional de Discapacidad, S/F)

Una discapacidad es una condición que hace que una persona sea considerada como persona con discapacidad. Esto quiere decir que el sujeto en cuestión tendrá dificultades para desarrollar tareas cotidianas y corrientes que, al resto de los individuos, no les resultan complicadas. El origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales. (Definicion.de, discapacidad, S/F)

A lo largo de los años, la discapacidad ha sido percibida de distintas maneras por la sociedad. En el siglo XX se encontraba vinculada a una cierta función que se calificaba como dañada en comparación al estado general de un sujeto. Podía tratarse de una discapacidad física, intelectual o de otro tipo, originada por un trastorno mental o por una enfermedad de características crónicas. (Definicion.de, discapacidad, S/F)

Los problemas durante la gestación o al nacer así como diversos accidentes que le hayan podido causar graves daños en su cuerpo, y en concreto en zonas como la médula, son algunas de las principales (Definicion.de, discapacidad, S/F)

En los últimos años, en cambio, la discapacidad comenzó a ser considerada a partir de una perspectiva de derechos humanos. El objetivo pasó a ser la integración de las personas con discapacidad en la comunidad, facilitando esto a partir de la idea de accesibilidad.

Este último concepto accesibilidad contempla la adecuación de entornos y dispositivos para que las personas discapacitadas puedan usarlos de la misma manera que el resto. Para esto se necesitan considerar ciertos aspectos técnicos que reduzcan las barreras para quienes sufren de alguna discapacidad como rampas para las personas que se movilizan en sillas de ruedas o semáforos con sonido para los no videntes. (Definicion.de, discapacidad, S/F)

La discapacidad puede considerarse como un fenómeno universal, que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, sobre todo en la ancianidad, a pesar de lo cual todavía su definición no es obra terminada, coexisten diferentes maneras de enfocarla y, con frecuencia, no es aceptada por quien la padece y sus allegados. Muchas veces permanece oculta por problemas de mayor magnitud, como la pobreza, que impiden o retardan el diseño y la aplicación de estrategias que permitan a esta gran masa de personas desarrollar sus capacidades y alcanzar la verdadera inclusión social, a la cual todos los seres humanos tienen derecho. (Definicion.de, discapacidad, S/F)

La discapacidad es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, del que se dispone, quizás, tímidos e inseguros estimados. Los estudios poblacionales no son frecuentes, son limitados o imprecisos; por ello, el trabajo en políticas públicas o programas relacionados con la discapacidad carece en muchos casos de la base científica y sociológica necesaria para la intervención correcta, efectiva y oportuna, que tropieza en no pocas ocasiones con la falta de voluntad de los gobernantes, sobre todo en los países del llamado tercer mundo. . (Cobas, Zacca, Morales, Icart, Jordán, & Valdés, 2010)

Entre las causas ambientales de la discapacidad pueden citarse: el envejecimiento de la población, las causas externas accidentes de todo tipo, conflictos armados, inhalación y mala utilización de plaguicidas, uso y abuso

de alcohol y drogas y la violencia social, además, la desnutrición, el abandono infantil y la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas; la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales, todos los cuales, de una u otra manera, forman parte o están relacionados con los determinantes sociales de la salud. (Cobas, Zacca, Morales, Icart, Jordán, & Valdés, 2010)

2.2.1. Causas

2.2.1.1. Factores genéticos

2.2.1.1.1. Síndrome De Down (Trisomía 21)

Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales. (Medlineplus, 2013)

Causas

En la mayoría de los casos, el síndrome de Down ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. (Medlineplus, 2013)

Los signos físicos comunes abarcan:

- a) Disminución del tono muscular al nacer
- b) Exceso de piel en la nuca
- c) Nariz achatada

- d) Uniones separadas entre los huesos del cráneo suturas
- e) Pliegue único en la palma de la mano
- f) Orejas pequeñas
- g) Boca pequeña
- h) Ojos inclinados hacia arriba
- i) Manos cortas y anchas con dedos cortos
- j) Manchas blancas en la parte coloreada del ojo (Medlineplus, 2013)

En el síndrome de Down, el desarrollo físico es a menudo más lento de lo normal y la mayoría de los niños que lo padecen nunca alcanzan su estatura adulta promedio. (Medlineplus, 2013)

2.2.1.1.1.1. Clasificación del Síndrome De Down

A. Trisomía Libre

La mayor parte de las personas con este síndrome (95%). No disyunción. El único factor que presenta una asociación estadística estable con el síndrome es la edad materna.

En aproximadamente un 15% de los casos el cromosoma extra es transmitido por el espermatozoide y en el 85% restante por el óvulo. (Vela, y otros, 2011)

B. Translocación

El cromosoma 21 extra se encuentra pegado a otro cromosoma. La frecuencia de esta variante es aproximadamente de un 3%. (Vela, y otros, 2011)

C. Mosaicismo

Se refiere a una condición en donde un individuo tiene dos o más poblaciones de células que difieren una composición genética. La forma menos frecuente de trisomía 21, tan solo el 2%. Se produce tras la concepción. (Vela, y otros, 2011)

2.2.1.1.2. Síndrome De Edwards (Trisomía 18)

En más del 90% de los casos se suele asociar con errores durante la meiosis materna y por ello, el riesgo aumenta con la edad de la mujer. Esto es así porque el envejecimiento de la reserva ovárica se traduce en un mayor riesgo de que los ovocitos realicen el reparto de los cromosomas a las células hijas de forma incorrecta dando lugar a embriones con más o menos cromosomas. (S/N)

- a) Cuello alado
- b) Pelvis estrecha
- c) Labio leporino
- d) Edema nucal quístico
- e) Retraso mental
- f) Defectos cardiacos congénitos
- g) Orejas de implantación baja
- h) Flexión de los dedos de la mano.
- i) Anomalías renales o Malformaciones óseas. (Vela, y otros, 2011).

2.2.1.1.3. Síndrome De Patau (Trisomía 13)

El síndrome de Edwards, también conocido como trisomía 18, es un tipo cambio en el numero cromosoma humano que se caracteriza usualmente

por la presencia de un cromosoma adicional completo en el par 18. También se puede presentar por la presencia parcial del cromosoma 18 translocación desequilibrada o por mosaicismo en las células fetales (Wikipedia, 2014)

2.2.1.2. Errores Congénitos del Metabolismo

La Fenilcetonuria.

La fenilcetonuria, es un error innato del metabolismo en el que el aminoácido no puede ser convertido en tirosina. La consecuencia principal de la fenilcetonuria no tratada, es una grave encefalopatía que conduce al retraso mental irreversible. Esta enfermedad se ha utilizado en la salud pública moderna como modelo para el control de los defectos metabólicos congénitos, teniendo en cuenta que su tratamiento temprano a demostrado ser eficaz para prevenir el retraso mental.

En países desarrollados, gracias al tamiz neonatal, el cuadro clínico de la fenilcetonuria todavía es una causa del retraso mental en niños, a pensar de la larga evidencia del beneficio de su detección temprana, el matiz neonatal de manera obligara esta enfermedad no se practica de manera obligatoria a todos los recién nacidos. (Vela, y otros, 2011)

2.2.1.3. Alteraciones del Desarrollo Embrionario.

Las Lesiones Prenatales.

Una lesión perinatal es cualquier tipo de lesión sufrida por un neonato como consecuencia del proceso de parto. (Getlegal.com, 2014)

Las lesiones ocurridas durante el parto pueden ser devastadoras no sólo para la salud médica del niño sino también para el bienestar emocional de los padres. Por desgracia, en muchos casos este tipo de lesión ocurre como consecuencia de la negligencia médica. Entre los tipos de negligencia por parte de enfermeras, médicos u obstetras que derivan en lesiones perinatales se encuentran las siguientes:

- a) No haber diagnosticado complicaciones durante el embarazo
 - b) No utilizar debidamente los fórceps durante el parto
 - c) No realizar un corte de cesárea cuando se requiere hacerlo
 - d) No proporcionar el oxígeno necesario al recién nacido (esto es más común en los nacimientos prematuros)
 - e) No realizar debidamente la extracción con ventosa obstétrica.
- (Getlegal.com, 2014)

Traumatismo obstétrico

En algunos casos, el traumatismo obstétrico puede derivar en condiciones médicas más complicadas y permanentes, como la parálisis cerebral y la parálisis de Erb. La parálisis cerebral puede ser consecuencia de una lesión cerebral producida durante el parto que ha afectado zonas del cerebro que controlan las funciones motoras y la sensibilidad.

La parálisis de Erb es consecuencia de una lesión en los nervios del plexo braquial, que controlan el movimiento de hombros, brazos y manos. Los síntomas de la parálisis de Erb incluyen parálisis de los brazos y pérdida del control de los músculos de brazos y manos. (Getlegal.com, 2014)

El traumatismo obstétrico suele ser consecuencia de un parto dificultoso y las lesiones sufridas son menores y temporales. Sin embargo, la negligencia cometida por un profesional de la salud puede derivar (y de

hecho deriva) en lesiones perinatales que afectarán el futuro médico del recién nacido. (Getlegal.com, 2014)

2.2.1.4. Problemas Perinatales.

El Momento del Parto.

Las infecciones del feto y el recién nacido son una causa importante de morbilidad, mortalidad y secuelas en el RN. Las características propias de la etapa fetal hacen que las infecciones que ocurren en este período tengan una patogenia especial y produzcan una infección con características clínicas únicas. Estas varían según el semestre del embarazo en que ocurren. En el período neonatal, las características propias de la inmunidad del RN le dan también una forma de presentación y evolución características. (Ventura, S/F)

2.2.1.4.1. Anoxia perinatal

El periodo perinatal comprende desde el momento del nacimiento hasta dos semanas después del parto. En este periodo, sobre todo durante el parto, puede producirse lo que se conoce como asfixia perinatal, que consiste en una falta de oxígeno hipoxia o una falta de perfusión o flujo sanguíneo cerebral adecuado isquemia, produciendo una agresión al feto o al recién nacido. (Hospitales NISA, 2012)

La hipoxia es la causa más común de daño cerebral en el feto y en el recién nacido. Puede tener diversos niveles de gravedad, desde una hipoxia leve sin consecuencias neurológicas o con leve disfunción cerebral, a moderada con daño cerebral local, o grave que produce lesión por necrosis

o muerte cerebral. La incidencia es de 1,5-10/100 recién nacidos vivos en los países desarrollados y se producen:

- El 20% antes del trabajo de parto
- El 70% durante el parto
- El 10% durante el periodo neonatal

En el recién nacido a término, las áreas cerebrales más sensibles a la anoxia son la corteza cerebral, la sustancia blanca subcortical y los núcleos grises centrales, usualmente, se observa afectación simétrica del tálamo. (Hospitales NISA, 2012) **Ver anexo** (Gráfico A1.2).

A. Factores de riesgo

Existen numerosos factores que conllevan riesgo de anoxia perinatal, estas situaciones se han relacionado con patologías maternas, gestacionales o fetales propiamente dichas:

B. Consecuencias neurológicas

El síndrome neurológico consecuencia de la asfixia perinatal se denomina encefalopatía hipoxico-isquémica y puede presentar diversos grados de severidad, dependiendo del grado de hipoxia y de la duración de ésta. No hay datos sobre cuál es el período mínimo de duración del periodo hipóxico para que produzca hipoxico-isquémica. Se caracteriza por el deterioro de la alerta, alteraciones del tono muscular y respuestas motoras, alteraciones en los reflejos y la presencia de convulsiones. (Hospitales NISA, 2012)

En cuadros leves no siempre aparecen déficit neuropsicológicos importantes y la cognición resulta poco alterada, aunque algunos niños

pueden presentar problemas psicomotores, dificultades del aprendizaje o del lenguaje. En hipoxico-isquémica moderadas, pueden resultar afectados diversos procesos como la atención, memoria, lenguaje, lectura o escritura y la manifestación no es siempre inmediata, sino que los trastornos aparecen a lo largo del desarrollo. En las hipoxico-isquémica severas existe una gran mortalidad, y los niños que sobreviven, siempre presentan alteraciones neuropsicológicas y motoras graves, que muchas veces reciben el diagnóstico de Parálisis cerebral. (Hospitales NISA, 2012)

2.2.1.5. Factores de riesgo medioambientales

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, la salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que están determinadas por factores físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales en el ambiente. Ese término también se refiere a la teoría y práctica de la valoración, corrección y prevención de los factores en el ambiente, que pueden potencialmente afectar negativamente la salud de las generaciones presentes y futuras. (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2014)

Son los agentes:

Físicos

a) Ruido

Son sonido molesto y no deseado. Proviene de la vibración y se define por:

Intensidad: volumen, se mide en decibelios (dB):

Nivel de ruido al que está expuesto el trabajador diariamente.

Nivel máximo de intensidad al que se puede llegar en un momento dado.

Frecuencia: tono agudo o grave (Hz).

Duración: continuo, discontinuo o de impacto (Slideshare, 2011)

b) Las vibraciones.

Son movimientos oscilatorios. El número de veces que se produce la oscilación por segundo se llama frecuencia y se mide en Herzios (Hz):
Sistema mano – brazo: los dedos o las manos tienen contacto con las herramientas.

Vibraciones de cuerpo completo: se transmiten desde una fuente vibrante a todo el cuerpo. (Slideshare, 2011)

c) Las radiaciones: Son fuente de energía que se desplaza de un punto a otro sin soporte material. (Slideshare, 2011)

d) Ionizantes: Muy potentes y peligrosas rayos X, Producir energía, esterilizar alimentos y realizar tratamientos y diagnósticos médicos.

Efectos:

Inmediatos: náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de cabello.

A largo plazo: cáncer, envejecimiento prematuro, esterilidad y malformaciones genéticas hereditarias. (Slideshare, 2011)

e) Radiaciones no ionizantes: menos peligrosas. Campos eléctricos, microondas, infrarrojos, rayos ultravioleta y rayos láser.

Efectos: quemaduras, lesiones oculares y de piel, afectan al sistema nervioso, circulatorio y digestivo. (Slideshare, 2011)

f) Temperatura y humedad.

Como consecuencia tenemos algunos resultados de enfermedades por ejemplo resfriados, hipotermias, deshidratación, golpes de calor, lesiones cerebrales o paradas cardíacas. (Slideshare, 2011)

Agentes químicos

Son sustancias que afectan a la salud de los trabajadores: polvo, gases, humos o vapores. Se consideran (Slideshare, 2011)

Las sustancias o preparados peligrosos. Agentes que dispongan de un valor límite ambiental. Sus efectos dependen de:

Nivel de concentración.

Tiempo de exposición.

Producen enfermedades profesionales, salvo que la lesión sea inmediata. (Slideshare, 2011)

Tipos:

- a) Explosivos.
- b) Comburentes.
- c) Inflamables.
- d) Tóxicos.
- e) Nocivos.
- f) Corrosivos.
- g) Irritantes.
- h) Sensibilizantes.
- i) Tóxicos para la reproducción.
- j) Peligrosos para el medio ambiente. (Slideshare, 2011)

Agentes biológicos

Son seres microscópicos como bacterias, hongos, virus, protozoos y gusanos parásitos. Provocan Enfermedades Pulmonares.

Vías de entrada:

- a) Respiratoria.

- b) Digestiva.
- c) Cutánea.
- d) Parenteral. (Slideshare, 2011)

2.2.1.6. Accidentes de Tránsito.

Los traumatismos causados por el tránsito a todo nivel revelan la necesidad de incorporar un enfoque multidimensional para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Es decir, las causas y las consecuencias de los traumatismos resultantes del tránsito son múltiples y complejas. El impacto de estos traumatismos va más allá de las lesiones físicas y de la consecuencia de muerte. Los factores psicológicos, las restricciones en el funcionamiento y la participación, los factores contextuales y culturales, constituyen hoyen día un foco importante de atención a la hora de diseñar campañas y políticas preventivas en esta materia. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Del análisis de los estudios de prevalencia de la discapacidad elaborados en la última década en la Región se puede observar que cerca del 12% de las personas de la Región con alguna discapacidad menciona a los accidentes como la tercera causa de sus discapacidades.

Sin embargo, de las personas que mencionan los accidentes como su causa principal de discapacidad, sólo 5% de ellas mencionan los traumatismos causados por el tránsito asociado principalmente con deficiencias físicas. Esta situación explica las diferencias entre los datos que se han encontrado en los diversos estudios de cada país, en especial por la forma de hacer las preguntas o de registrar la variable. Algunos estudios elaboran preguntas y codifican específicamente los traumatismos causados

por el tránsito como causa directa de la discapacidad, mientras que otros agrupan diferentes tipos de accidentes en una sola categoría de respuesta accidentes frente a la pregunta que registra la causa de discapacidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

En este sentido, es importante mencionar que si bien los traumatismos resultantes del tránsito generan en su mayoría lesiones y discapacidades a nivel de la estructura física del cuerpo, no son pocos los casos en los que se sufre de otro tipo de discapacidades de orden sensorial auditivas-visuales, mental intelectuales, cognitivas, neurológicas o mixtas.

Todos estos tipos de discapacidades exigen un proceso de rehabilitación integral para las personas afectadas, sus familias y la comunidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

2.2.1.7. Riesgo Laboral

Se denomina riesgo laboral a los peligros existentes en nuestra tarea laboral o en nuestro propio entorno o lugar de trabajo, que puede provocar accidentes o cualquier tipo de siniestros que, a su vez, sean factores que puedan provocarnos heridas, daños físicos o psicológicos, traumatismos, etc. Sea cual sea su posible efecto, siempre es negativo para nuestra salud.

No todos los trabajos presentan los mismos factores de riesgo para el trabajador, ni estos factores pueden provocar daños de la misma magnitud. Todo depende del lugar y de la tarea que nosotros desempeñamos en el trabajo que realizamos. (Definición MX, S/F)

A. Factores de riesgo laboral

Pueden ser:

Estructurales.

Derivados del manejo del equipo. (Slideshare, 2011)

B. Factores de riesgo de las condiciones de seguridad

Los principales riesgos que son:

Mecánicos: golpes, enganches, arrastres, aplastamientos, cortes, caídas, etc.

Eléctricos: debidos al mal estado de la maquinaria y a los ruidos que producen. (Slideshare, 2011)

Los equipos de trabajo

Los riesgos son:

- a) Mecánicos.
- b) Eléctricos.
- c) Físicos.
- d) Mal estado de la maquinaria. (Slideshare, 2011)

C. Factores de riesgo psicosociales

Carga física o mental:

- a) Física: hacer un gran número de tareas de gran esfuerzo muscular.
- b) Esfuerzos físicos a lo largo de la jornada.
- c) Posturas de trabajo.
- d) Manipulación manual de cargas: 25 kgs.
- e) Mental: exceso de esfuerzo mental.
- f) Nivel de actividad mental necesaria para el desarrollo de una tarea.
- g) Ritmo de trabajo: en relación con el tiempo para realizarlo.
- h) Tipo de trabajo: en relación con la cantidad y complejidad de las decisiones y con el alto grado de atención y concentración.
- i) Fatiga mental y fatiga mental crónica. (Slideshare, 2011)

D. El riesgo eléctrico

El paso de la corriente puede provocar:

- a) Quemaduras.
- b) Dificultad respiratoria, asfixia.
- c) Pérdida del conocimiento.
- d) Aumento de la presión sanguínea.
- e) Fibrilación ventricular.
- f) Tetanización.
- g) Paro cardíaco.
- h) Efectos indirectos como golpes, caídas, etc. (Slideshare, 2011)

2.2.1.8. Enfermedades de origen laboral.

Se denomina Enfermedad Profesional a una enfermedad producida a consecuencia de las condiciones del trabajo, por ejemplo: alveolitis alérgica, lumbago, síndrome del túnel carpiano, exposición profesional a gérmenes patógenos, diversos tipos de cáncer, etc.

Se conoce como enfermedad profesional aquella que, además de tener su origen laboral, está incluida en una lista oficial publicada por el ministerio de trabajodando, por tanto, derecho al cobro de las indemnizaciones oportunas.

La disciplina dedicada a su prevención es la Higiene industrial, mientras que la Medicina del trabajo se especializa en la curación y rehabilitación de los trabajadores afectados. (discapnet, S/F)

2.2.1.9. Consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía oral-nasal-intramuscular-intravenosa

tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014) **Ver anexo** (Gráfico A1.3).

A. Depresoras

Disminuye el ritmo de las funciones corporales, de la actividad psíquica y del sistema nervioso central. Estas sustancias son también llamadas psicodélicas.

B. Estimulantes

Excitan la actividad psíquica y del sistema nervioso central y adicionalmente incrementan el ritmo de otros órganos y sistemas orgánicos. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014)

C. Alucinógenas

Capaz de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interferir su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, pueden generar alucinaciones.

D. Origen natural

Se encuentran en forma natural en el ambiente y que se utilizan por los usuarios sin necesidad de que se produzca algún tipo de manipulación o proceso químico. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014)

E. Lícitas

Las más consumidas en nuestro país son: el tabaco, el alcohol y los fármacos.

F. Ilícitas

Entre ellas se encuentra la marihuana, la cocaína, la heroína, etc.

G. Emergentes

Incluyen además de las nuevas sustancias, cualquier cambio en la presentación, patrón de uso, pureza o presencia de adulterantes, que pueden implicar una amenaza para la salud pública y son objeto de análisis del Sistema de Alertas Tempranas. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014)

2.2.1.10. Exposición a sustancias tóxicas.

Con aquellas sustancias químicas que tienen capacidad de causar daños en los organismos. Depende de la cantidad de la sustancia administrada o absorbida y el tiempo de exposición de la misma. (Moreno, 2014)

2.2.2. Clasificación de la discapacidad

Existen los siguientes tipos de Discapacidad: física, psíquica, sensorial, e intelectual o mental. (Wikipedia la enciclopedia libre, 2014)

Cada uno de los tipos puede mostrar en distintos grados y una persona puede tener varios tipos de discapacidades simultáneamente, con lo que existe un amplio abanico de personas con capacidades especiales.

2.2.2.1. Discapacidad física

La diversidad funcional motora se puede definir como la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas ausencia de una mano, pierna, pie, entre otros, disminuyendo su desarrollo normal.

Las causas de la discapacidad fisionómica muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes zambullidos o accidentes de tráfico, por ejemplo o problemas del organismo derrame. (Tele centros para todos, S/F)

2.2.2.2. 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.

2.2.2.3. Discapacidad Mental o Intelectual

El término discapacidad intelectual equivale a retraso mental que se define por la discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. (blog.educativa, 2014)

El desarrollo intelectual estará relacionado, según este organismo, con las siguientes dimensiones:

- a) Capacidades intelectuales
- b) Conducta adaptativa conceptual, social y práctica
- c) Participación, interacciones y roles sociales
- d) Salud física, salud mental, etiología
- e) Contextos ambientes y cultura. (blog.educativa, 2014)

Se realizan la siguiente clasificación:

Retraso mental/discapacidad intelectual ligera o leve.

Se denomina así a las personas que transitan la etapa educable son alrededor del 85% de las personas afectadas por el trastorno. Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares 0-5 años de edad, tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorias motoras y con frecuencia no se diferencian de otros niños sin discapacidad cognitiva hasta edades posteriores. Adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con discapacidad cognitiva leve viven sin inconvenientes en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados. (Wikipedia, 2014)

Retraso mental/discapacidad intelectual media o moderada.

La discapacidad cognitiva moderada equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de adiestrable. Este grupo constituye alrededor del 10% de toda la población con discapacidad cognitiva. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Adquieren una

formación laboral y, con supervisión moderada, pueden adquirir destrezas para su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión. (Wikipedia, 2014)

Retraso mental / discapacidad intelectual severa o grave.

Se sitúa en el intervalo de Coeficiente Intelectual entre 35 – 40 y 20 – 25 y supone el 3 – 4 % del total de la discapacidad. Las adquisiciones de lenguaje en los primeros años suelen ser escasas y a lo largo de la escolarización pueden aprender a hablar o a emplear algún signo de comunicación alternativo. Las posibilidades adaptativas están muy afectadas en todas las áreas de desarrollo, pero es posible el aprendizaje de habilidades elementales de cuidado personal. (blog.educativa, 2014)

Retraso mental discapacidad profunda pluridiscapacidad.

Presenta una alteración neurológica identificada que explica esta discapacidad, la confluencia con otras de ahí el término pluridiscapacidad que aquí se le asocia y la gran diversidad que se da dentro del grupo. Ello condiciona el hecho de que uno de los ámbitos de atención prioritaria sea el de la salud física. El Coeficiente Intelectual de estos alumnos queda por debajo de 20 – 25 y son el 1 – 2 % de la tipología.

Suelen presentar limitado nivel de conciencia y desarrollo emocional, nula o escasa intencionalidad comunicativa, ausencia de habla y graves

dificultades motrices. El nivel de autonomía, si existe, es muy reducido. El cuadro supone un continuo que abarca desde alumnos “encamados”, con ausencia de control corporal, hasta aquellos que adquieren muy tardíamente algunos patrones básicos del desarrollo motor. (blog.educativa, 2014)

2.2.2.4. Discapacidad sensorial

El concepto de discapacidad sensorial engloba a personas con deficiencia visual y a personas con deficiencia auditiva. Son los sentidos de la vista y el oído los más importantes en el ser humano porque a través de ellos percibimos la mayor parte de información del mundo que nos rodea. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

El concepto de deficiencia visual hace referencia tanto a la ceguera como a otras afecciones de la vista que no llegan a ella.

Según el momento de aparición de la deficiencia existen cegueras y deficiencias visuales de nacimiento y adquiridas, temprana o tardíamente, teniendo gran importancia el momento de dicha aparición porque de ello dependerán las experiencias visuales que se hayan podido adquirir antes de la lesión. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

En función del grado de deficiencia visual existen:

Personas con ceguera total

Ausencia total de visión o percepción mínima de la luz que impide su uso funcional pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

Personas con baja visión o deficientes visuales

Aquellos que ven lo suficiente como para hacer un uso funcional de su visión pero su agudeza visual es igual o inferior a 1/3 ,0/3 o su campo visual es inferior a 20°. Sujeto que tiene dificultad para realizar tareas visuales, incluso con lentes de corrección prescritas, pero que puede mejorar su habilidad para realizar tales tareas con ayuda de estrategias visuales compensatorias, dispositivos de deficiencia visual y de otra índole, así como con las necesarias modificaciones ambientales. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

Las patologías visuales pueden provocar alteraciones en la agudeza visual, en el campo visual o en ambos. En cuanto al colectivo de personas sordas, también está formado por un grupo muy heterogéneo. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

La sordera podemos clasificarla según el momento de aparición en:

Sordera prelocutiva

Personas sordas desde su nacimiento, o que naciendo oyentes se quedaron sordas antes de adquirir el lenguaje oral.

Sordera postlocutiva

Personas que adquieren la sordera después de haber aprendido el lenguaje oral. Desde el punto de vista clínico, según la pérdida auditiva podemos hablar de diferentes grados de sordera: leve, moderada, severa y profunda. Las personas con sordera leve también reciben el nombre de hipoacúsicos. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

Existe otro colectivo, que es el de personas sordociegas.

La sordoceguera es una discapacidad única causada por una combinación de deficiencia auditiva y visual, que genera en las personas que la padecen problemas de comunicación únicos y necesidades muy especiales. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

El grupo es heterogéneo y complejo debido a las diferentes variables que determinan las características individuales motivadas por cada uno de los déficit (tipo y grado de pérdida, momento en que aparece, nivel madurativo y de comunicación, o existencia o no de deficiencias añadidas). (Periodismo inclusivo.com, 2008)

La población sordociega puede dividirse en cuatro grandes grupos:

1. Personas con sordoceguera congénita.
2. Personas sordociegas con deficiencia auditiva congénita y una pérdida de visión adquirida durante el transcurso de la vida.
3. Personas sordociegas con una deficiencia visual congénita y una pérdida de audición adquirida posteriormente durante su desarrollo.
4. Personas nacidas sin deficiencias visuales ni auditivas y que sufren una pérdida de audición y de visión posterior.

Dependiendo de los tipos y grados de deficiencia visual y auditiva, cada persona podrá necesitar unas u otras medidas de accesibilidad en comunicación. (Periodismo inclusivo.com, 2008)

2.3. Clasificación Internacional De Funcionalidad (CIF)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una clasificación

universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales ambientales y personales que interaccionan con estos componentes.

En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo del continuum de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales modelo biopsicosocial.

Para alcanzar este nuevo nivel de comprensión bastó con hacer virar el punto de atención desde la causa hacia el impacto. Con ello todos los estados de salud se colocaron en un mismo nivel, permitiendo su comparación mediante una métrica común. Por eso la CIF es un lenguaje común a todas las personas, a lo largo de toda la vida y que abarca por igual a todos los aspectos de la misma.

A. Modelo conceptual de la CIF

La CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones. El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones.

Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. Discapacidad es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una condición de salud dada y sus factores contextuales factores ambientales y personales. Por el contrario, funcionamiento es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales.

Los factores contextuales pueden ser externos ambientales o internos personales. Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía personal, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el carácter, etc.

El impacto de los factores contextuales es tan importante que respecto al funcionamiento pueden actuar como facilitadores o como barreras. Hasta la

fecha se han podido clasificar los factores ambientales mientras que los factores personales están en vía de serlo.

B. Estructura operacional de la CIF

Desde la visión integral de este modelo, el nivel personal de funcionamiento es algo complejo con múltiples determinantes e interacciones que ejercen sus efectos a múltiples niveles e incluyen diferentes dimensiones. Los componentes de las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación y los factores ambientales están clasificados en la CIF mediante categorías. Sólo los factores personales permanecen, por el momento, sin clasificar. Es de esperar que en los próximos años los esfuerzos culminen en el desarrollo de una clasificación de factores personales -estudiando la posibilidad y la metodología necesaria-. Hoy por hoy la CIF consta de 1.424 categorías mutuamente excluyentes que tomadas en conjunto cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y que están organizadas como una estructura jerárquica de 4 niveles diferenciados de menor a mayor precisión. (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucki, & Cieza, 2009)

Las categorías de la CIF están indicadas por medio de códigos alfanuméricos con los cuales es posible clasificar funcionamiento y discapacidad, tanto a nivel individual como poblacional. Un ejemplo de la estructura jerárquica es el siguiente:

Dado que las categorías CIF están siempre acompañadas de una breve definición con inclusiones y exclusiones toda la información acerca del funcionamiento se muestra de forma clara e inequívoca, tanto general como detalladamente, según usemos el 2º, 3º y 4º nivel de categorías. (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucki, & Cieza, 2009)

Para cuantificar la magnitud de un problema en las diferentes categorías CIF se usan los calificadores CIF, los cuales son descriptores de calidad ponderados matemáticamente que registran la presencia o severidad de un problema a nivel corporal, personal o social. Así, un problema puede suponer un deterioro, una limitación o una restricción que puede calificarse desde 0 no problema: 0-4%, 1 problema leve: 5-24%, 2 problema moderado: 25-49%, 3 problema severo: 50-95% hasta 4 problema total: 96-100%. (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucki, & Cieza, 2009)

Por su parte, los factores ambientales son cuantificados con una escala negativa o positiva que indica la medida en la cual un factor ambiental actúa como barrera o facilitador. (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucki, & Cieza, 2009)

La CIF es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Posee 4 componentes: funciones y estructuras corporales, actividad y participación, factores ambientales y factores personales. (Ministerio de Salud de Chile, S/F)

2.4. Marco Legal

2.4.1. 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. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

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; y,

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

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

TÍTULO II

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

CAPÍTULO PRIMERO

DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS SUJETOS DE LEY SECCIÓN PRIMERA DE LOS SUJETOS

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

- a) Las personas con discapacidad 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.

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. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN SEGUNDA

DEL SUBSISTEMA NACIONAL PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

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

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades a más de las funciones señaladas en la Constitución dará seguimiento y vigilancia al correcto funcionamiento del Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad; de igual forma, coordinará con la autoridad sanitaria nacional la evaluación y diagnóstico en los respectivos circuitos.

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

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN TERCERA

DE LA ACREDITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 12.- Documento habilitante.- La cédula de ciudadanía que acredite la calificación y el registro los beneficios de la presente Ley; así como, el único documento requerido para todo trámite en los sectores público y privado. El certificado de votación no les será exigido para ningún trámite público o privado.

En el caso de las personas con deficiencia o condición discapacitante, el documento suficiente para acogerse a los beneficios que establece esta Ley en lo que les fuere aplicable, será el certificado emitido por el equipo calificador especializado. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN CUARTA

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

Artículo 15.- Remisión de información.- Las instituciones de salud públicas y privadas, están obligadas a reportar inmediatamente a la autoridad sanitaria nacional y al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, sobre el nacimiento de toda niña o niño con algún tipo de discapacidad, deficiencia o condición discapacitante, guardando estricta reserva de su identidad, la misma que no formará parte del sistema nacional de datos públicos. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SECCIÓN PRIMERA DE LOS DERECHOS

Artículo 16.- Derechos.- El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e

instrumentos internacionales y esta ley, y su aplicación directa por parte de las o los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de oficio o a petición de parte; así como también por parte de las personas naturales y jurídicas privadas.

Se reconoce los derechos establecidos en esta Ley en lo que les sea aplicable a las personas con deficiencia o condición discapacitante, y a las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho o representante legal que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN SEGUNDA DE LA SALUD

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

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

Artículo 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.

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

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades propondrá a la autoridad sanitaria nacional la inclusión en el cuadro nacional de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con discapacidad, de conformidad con la realidad epidemiológica nacional y local. Además, la autoridad sanitaria nacional arbitrará las medidas que permitan garantizar la provisión de insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con discapacidad; así como, fomentará la producción de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, en coordinación con las autoridades nacionales competentes, y

SECCIÓN TERCERA DE LA EDUCACIÓN

Artículo 36.- Inclusión étnica y cultural.- La autoridad educativa nacional velará que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de desarrollar los procesos educativos y formativos dentro de sus comunidades

de origen, fomentando su inclusión étnico-cultural y comunitaria de forma integral. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN QUINTA DEL TRABAJO Y CAPACITACIÓN

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

El trabajo que se asigne a una persona con discapacidad deberá ser acorde a sus capacidades, potencialidades y talentos, garantizando su integridad en el desempeño de sus labores; proporcionando los implementos técnicos y tecnológicos para su realización; y, adecuando o readecuando su ambiente o área de trabajo en la forma que posibilite el cumplimiento de sus responsabilidades laborales. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN SEXTA DE LA VIVIENDA

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

La autoridad nacional encargada de vivienda y los gobiernos autónomos descentralizados implementará, diseñarán y ejecutarán programas de vivienda, que permitan a las personas con discapacidad un acceso prioritario

y oportuno a una vivienda. Los programas incluirán políticas dirigidas al establecimiento de incentivos, financiamiento y apoyo, tanto para la construcción o adquisición de inmuebles o viviendas nuevas, como para el mejoramiento, acondicionamiento y accesibilidad de las viviendas ya adquiridas. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

SECCIÓN OCTAVA

DE LAS TARIFAS PREFERENCIALES, EXENCIONES ARANCELARIAS Y DEL RÉGIMEN TRIBUTARIO

Artículo 79.- Servicios.- Para el pago de los servicios básicos de suministro de energía eléctrica, agua potable y alcantarillado sanitario, internet, telefonía fija y móvil, a nombre de usuarios con discapacidad o de la persona natural o jurídica sin fines de lucro que represente legalmente a la persona con discapacidad, tendrán las siguientes rebajas:

1. El servicio de agua potable y alcantarillado sanitario tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual hasta por diez (10) metros cúbicos;
2. El servicio de energía eléctrica tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual hasta en un cincuenta por ciento (50%) del salario básico unificado del trabajador privado en general;
3. El servicio de telefonía fija estará considerada dentro de las tarifas populares y de conformidad a la regulación vigente;
4. El servicio de telefonía móvil tendrá una rebaja del cincuenta por ciento (50%) del valor del consumo mensual de hasta trescientos (300) minutos en red, los mismos que podrán ser equivalentes de manera proporcional total o parcial a mensajes de texto; y,

En los suministros de energía eléctrica, internet fijo, telefonía fija, agua potable y alcantarillado sanitario, la rebaja será aplicada únicamente para el

inmueble donde fije su domicilio permanente la persona con discapacidad y exclusivamente a una cuenta por servicio.

El beneficio de rebaja del pago de los servicios, de ser el caso, estará sujeta a verificación anual por parte de las instituciones públicas y/o privadas prestadoras de los servicios. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

2.4.2. Plan Nacional Del Buen Vivir

Dentro del plan nacional del buen vivir se establecen 12 objetivos de los cuales es de relevancia a esta investigación el objetivo número tres. (Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

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

Mejora la calidad de vida de la población es reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. . (Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

Políticas y lineamientos estratégicos.

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de atención que componen Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

3.4 Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.

3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permita gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

3.7 Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.

3.8 Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.

3.9 Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna.

3.10 Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.

3.11 Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio natural y cultura y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.

3.12 Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes tipos de estudio.

Según el grado de abstracción nuestra investigación es aplicada de grado de generalización acción porque une la teoría con la práctica. Además el estudio es Descriptivo ya que llevó a puntualizar características de la población que permitió determinar los factores y causas de discapacidad para así poder aplicar las variables de estudio, es Correlacional porque estudia las variables independientes y dependiente como sería la discapacidad y los factores sociodemográficas respectivamente. Es explicativo porque establece de los hechos una relación causa y efecto, como es el análisis de las barreras que encuentra la persona con discapacidad.

Según la naturaleza de los datos la investigación es cualitativa ya que se hace un análisis subjetivo de las variables analizadas, y es cuantitativa porque se desarrolló un análisis estadístico, se basó en la información brindada por cada uno de los encuestados llegando a una realidad social de las distintas comunidades.

3.2. Diseño de Estudio

Se llevó a cabo la investigación influyendo el diagnóstico georreferenciado de la discapacidad en las comunidades de Faccha Llacta,

Arias Uco y Agato en el Cantón de Otavalo provincia de Imbabura de Enero a Junio 2014, el cual se aplicó con un diseño no experimental ya que no se manipularon variables independientes, luego se observó los fenómenos en su contenido natural para así analizarlos.

Es un diseño de corte transversal ya que permitió medir una sola vez las variables mediante la aplicación de la encuesta.

3.3. Población

3.3.1. Criterios Inclusión

Esta investigación se realizó en la Parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas "(Peguche)" en las comunidades designadas FacchaLlacta, Arias Uco y Agato se trabajó mediante un censo que se realizó a toda la población de género masculino y femenino como también a las personas etarias de 0- 14 años de 15- 64 años y de 65 a más que presentó algún tipo de discapacidad en estas comunidades.

3.3.2. Criterios de Exclusión

Dentro de los criterios de exclusión fueron: persona que en la ejecución de la encuesta no se encontraban en sus viviendas y personas que se reusaron al cooperar con la investigación.

3.4. Identificación De Variables

1. Género

2. Etnia de población con discapacidad
3. Tipo de vivienda, casa, departamento, cuarto.
4. Información sobre quien mantiene el hogar de la persona con discapacidad.
5. Las Alteraciones Permanentes en la condición de salud que presentan las personas con discapacidad.
6. Principales condiciones de salud que presenta alteraciones permanentes.
7. Personas que presentan actitudes negativas hacia la persona con discapacidad son familiares, amigos, compañeros, vecinos.
8. Lugares en el cual encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.
9. Razones por la cual las personas no asisten a rehabilitación.
10. Servicios de Gobierno, Bono de desarrollo humano, Misión Manuela Espejo, Bono Joaquín Gallegos, Vivienda por discapacidad

3.5. Operacionalización De Variables

Variable Independiente discapacidad.

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona (Mora, 2014)	Discapacidad: Física Sensorial Adulto Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del sistema nervioso • Atrofia muscular • Alteración al sistema inmunológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Encuesta • Indagación

Variable Dependiente Factores Sociodemográficos.

CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Los factores Sociodemográficos es el estudio de los seres humanos en términos de edad, genero, etnia, datos estadísticos. Georeferenciación es un sistema de coordenadas y este proceso es utilizado frecuentemente en los Sistemas de Información Geográfica. (Wikipedia, 2014)	Aspecto físico Aspecto psicológico	<ul style="list-style-type: none">• Abandono• Insalubridad• Analfabetismo • Pobreza• Mendicidad• Desinterés• Baja autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Observación• Encuesta• Indagación• GPS

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Métodos

La investigación se basó en los siguientes métodos

Análisis estadístico es la revisión de la bibliográfica la cual nos permite analizar la información necesaria.

Inductivo y Deductivo consiste en el estudio de casos particulares analizando las causas y factores que la generan. Tomando en cuenta el tiempo que presentan cada alteración para llegar a determinar cuáles son sus patologías.

Analítico y sintético realizando un análisis para así poder generar un todo, es decir, aplicando encuestas a los habitantes que nos permitieron generar un porcentaje de discapacidad

3.6.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recopilación de datos se utilizó la observación con un diario de campo que nos permitió observar cautelosamente a los individuos o acontecimientos en el lugar donde se llevó a cabo la investigación.

Se utilizó como técnica una encuesta estructurada, la cual se permitió dialogar entre el encuestador y el encuestado con la finalidad de obtener respuestas verbales y verídicas, la encuesta consta de 92 preguntas cerradas en donde se obtendría respuestas cortas como si o no; preguntas politómicas en las que se presentan un cuestionario de preguntas y un

conjunto de alternativas mutuamente en donde se eligió la que mejor sea adecuada según sea su opinión.

Con la aplicación de la encuesta se registró los datos personales para la identificación personal, las condición en las que viven, cuáles son sus condiciones económicas si son beneficiario de programas del gobierno, cuál es su estado laboral y su ingreso mensual, si presentan algún tipo de alteración, barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias, nivel de educación.

Para llevar a cabo las técnicas mencionadas se utilizaron tres técnicas estadísticas las cuales fueron

- Excel
- Epiinfo
- Registro de coordenadas con GPS

3.6.3. Estrategias

Como estrategia se realizó el contacto con la presidenta del Gobierno Autónomo Descentralizado Dr. Miguel Egas Cabezas la Sra. Matilde Gramal LA cual refirió al cabildo de cada comunidad Agato, FacchaLlacta y Arias Uco con la finalidad de aplicar una encuesta para registrar el porcentaje de personas con discapacidad que existen en las comunidades, con el objetivo de georreferenciar su ubicación.

3.7. Análisis e Interpretación De Datos

Al concluir con la recopilación de datos de las encuestas se realizó la tabulación de los resultados. De esta manera se realizó un conteo de las respuestas de las 92 preguntas propuestas a las 39 personas encuestadas, en el documento únicamente se tomaron en cuenta los gráficos que ayudan a cumplir los objetivos específicos y dar respuesta a las preguntas de investigación. Se utilizó una encuesta utilizada como instrumento del macroproyecto de discapacidad.

La representación de la información se realizó mediante tablas y gráficos elaborados en la base de datos por medio del EPIINFO, pasando a Microsoft Excel para analizar e interpretar resultados de datos de forma clara y exacta.

3.8. Validez y Confiabilidad de la Investigación

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

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis de resultados

Diagnóstico Georreferenciado

Se trabajó con 39 personas encuestadas existiendo una población de 2088 habitantes haciendo referencia al objetivo general.

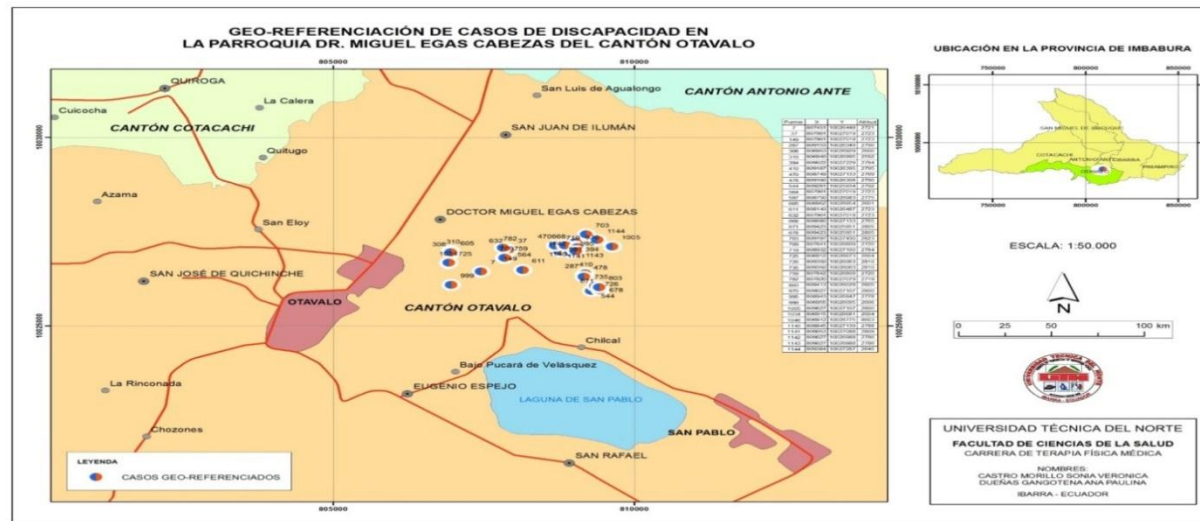
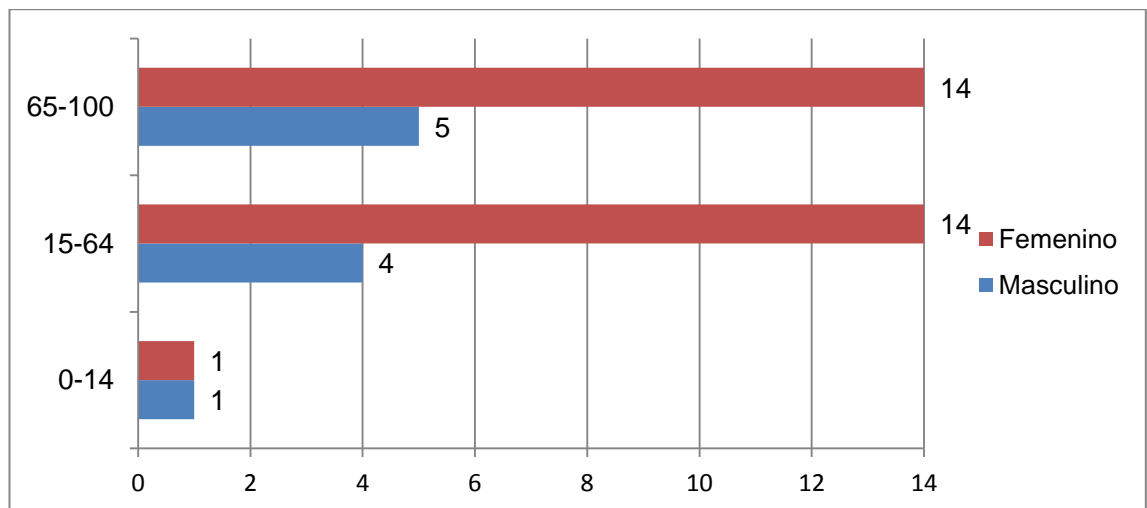


Tabla 1

Distribución edad según el género.

Edad	Masculino	Femenino	Porcentaje fila
0-14	1	1	5,13%
15-64	4	14	46,15%
65-100	5	14	48,72%
Porcentaje columna	25,60%	74,40%	100,00%

Gráfico 1

El porcentaje de personas con discapacidad menores de 14 años es de 5.13%, de 15 a 64 años es de 46.15% y personas mayores de 65 años es de 48.72%. En cuanto al género se puede determinar que el 74.4% son de género femenino y un 25.6% son de género masculino.

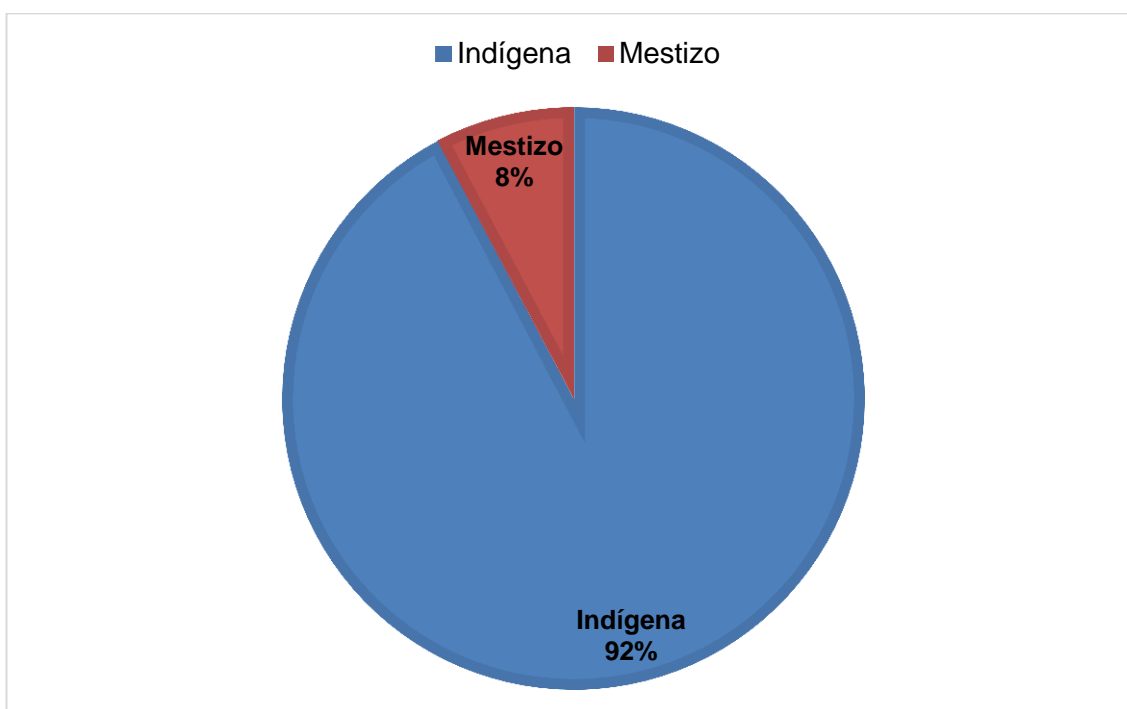
Tabla 2

Autodefinición étnica de la población con discapacidad.

Etnia	Personas	Porcentaje
Indígena	36	92,30%
Mestizo	3	7,70%
TOTAL	39	100%

Gráfico 2

Autodefinición étnica de la población con discapacidad.



9 de cada 10 personas se autodefinen como indígenas.

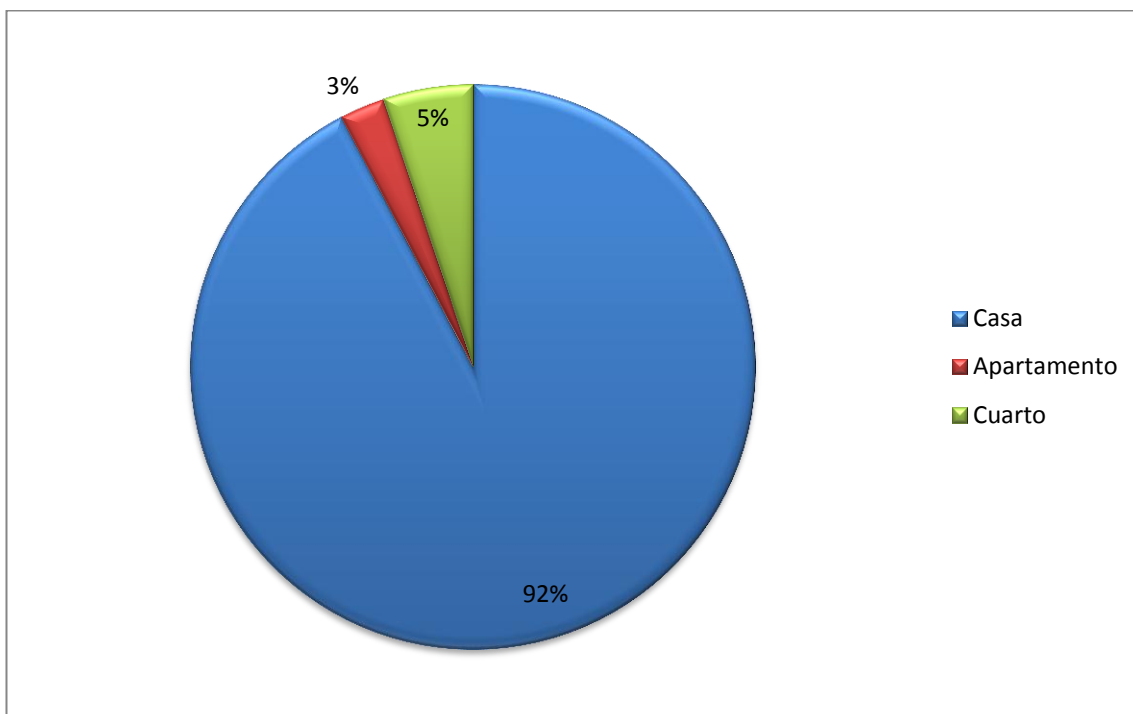
Tabla 3

Distribución del Tipo de vivienda en las personas con discapacidad.

Datos	Personas	Porcentaje
Casa	36	92,30%
Apartamento	1	2,60%
Cuarto	2	5,10%

Gráfico 3

Distribución del Tipo de vivienda en las personas con discapacidad.



Las comunidades de Agato, Faccha Llacta y Arias corresponden a la zona rural en donde el 92% viven en casas y el 8% restante se encuentra distribuido entre cuartos y apartamentos.

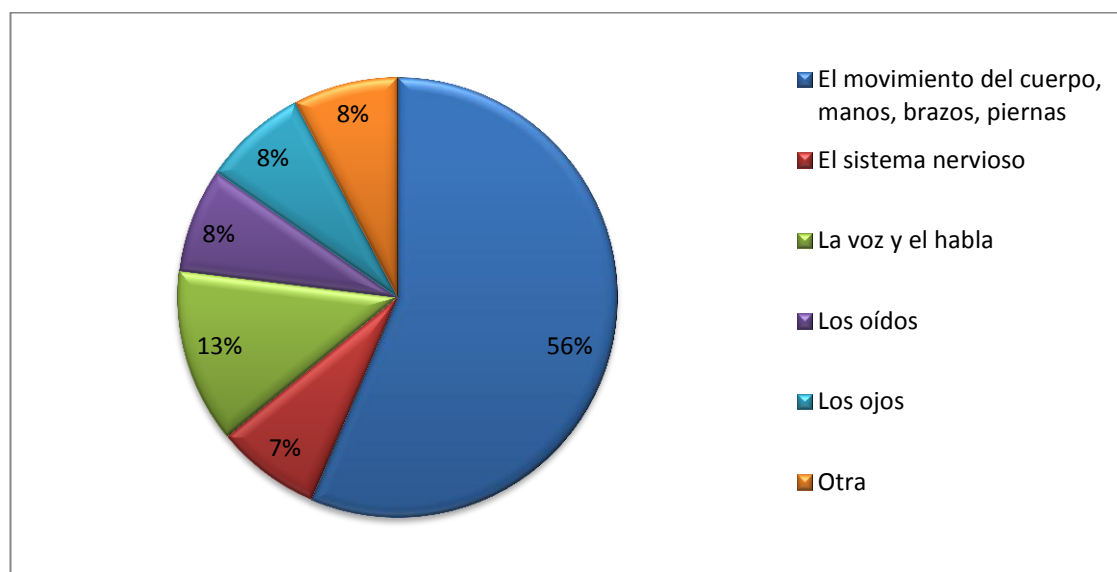
Tabla 4

Distribución de las Alteraciones Permanentes en la condición de salud que presentan las personas con discapacidad.

Datos	Personas	Porcentaje
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	22	56,40%
El sistema nervioso	3	7,70%
La voz y el habla	5	12,80%
Los oídos	3	7,70%
Los ojos	3	7,70%
Otra	3	2,60%

Gráfico 4

Distribución de las Alteraciones Permanentes en la condición de salud que presentan las personas con discapacidad.



Las personas con discapacidad presentan alteraciones permanentes en su condición de salud en un 56,4% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, 12,8% en la voz y el habla y en cuanto a la discapacidad en el sistema nervioso, en los ojos, en los oídos y en otro tipo de enfermedad 7,7% cada una.

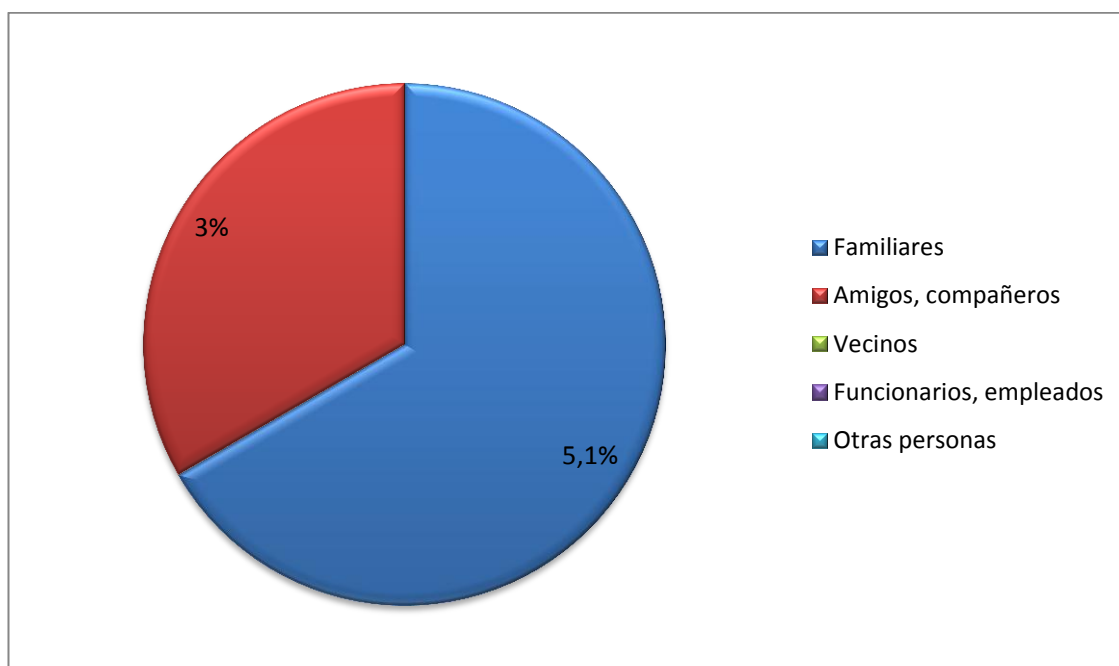
Tabla 5

Percepción de las personas encuestadas en cuanto a actitudes negativas de terceros sobre su condición de discapacidad

Personas que presentan actitudes negativas	SI	NO
Familiares	5,10%	94,90%
Amigos, compañeros	2,60%	97,40%
Vecinos	0%	100%
Funcionarios, empleados	0%	100%
Otras personas	0%	100%

Gráfico 5

Percepción de las personas encuestadas en cuanto a actitudes negativas de terceros sobre su condición de discapacidad



El 5,1% de personas con discapacidad manifiesta que los familiares presentan actitudes negativas hacia él y el 3% Amigos y compañeros, por otra parte ninguno considera que vecinos, funcionarios, empleados u otras personas tengan actitudes negativas por su discapacidad.

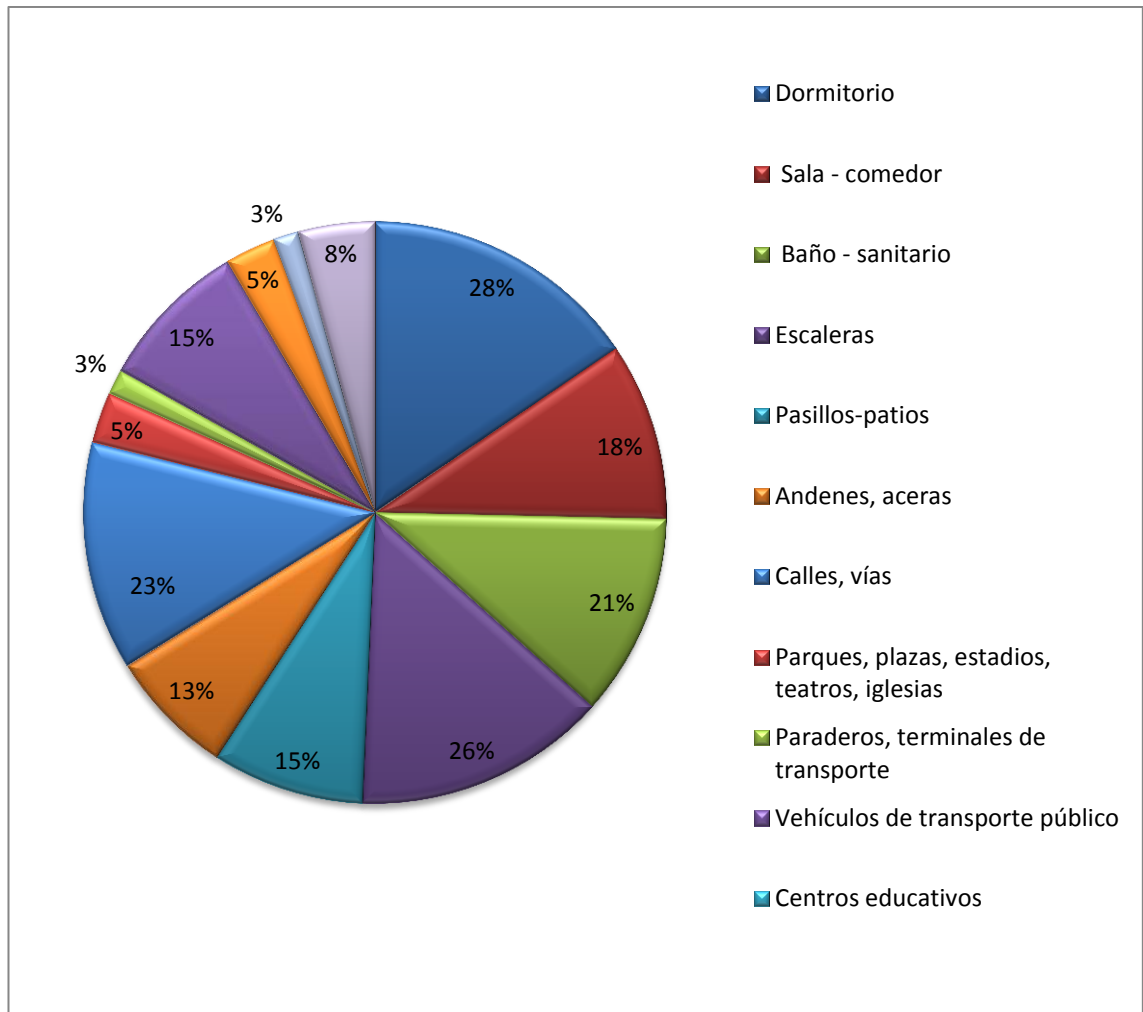
Tabla 6

Lugares en el cual las personas con discapacidad encuentran barreras que les impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.

Barreras para las personas con discapacidad	SI	NO
Dormitorio	28,20%	71,80%
Sala - comedor	17,90%	82,10%
Baño - sanitario	20,50%	79,50%
Escaleras	25,60%	74,40%
Pasillos-patios	15,40%	84,60%
Andenes, aceras	12,80%	87,20%
Calles, vías	23,10%	76,90%
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	5,10%	94,90%
Paraderos, terminales de transporte	2,60%	97,40%
Vehículos de transporte público	15,40%	84,60%
Centros educativos	0%	100%
Lugares de trabajo	5,10%	94,90%
Centros de salud, hospitales	2,60%	97,40%
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	0%	100%
Instituciones públicas	0%	100%
Otros	7,70%	92,30%

Gráfico 6

Lugares en el cual las personas con discapacidad encuentran barreras que les impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.



De acuerdo a las personas con discapacidad el 28,20% de personas encuentra barreras en el dormitorio;25,60% en las escaleras;23,10% en calles - vías; el 20,50% en el Baño - sanitario; el 17,90% en sala - comedor;15,40% en pasillos –patios, en los vehículos de transporte público; el 12,80% en andenes - aceras; el 7,70% en otros lugares; el 5,10% en parques – plazas –estadios - teatros e iglesias y en sus lugares de trabajo; 2,60% en Paraderos, terminales de transporte y centros de salud, hospitales.

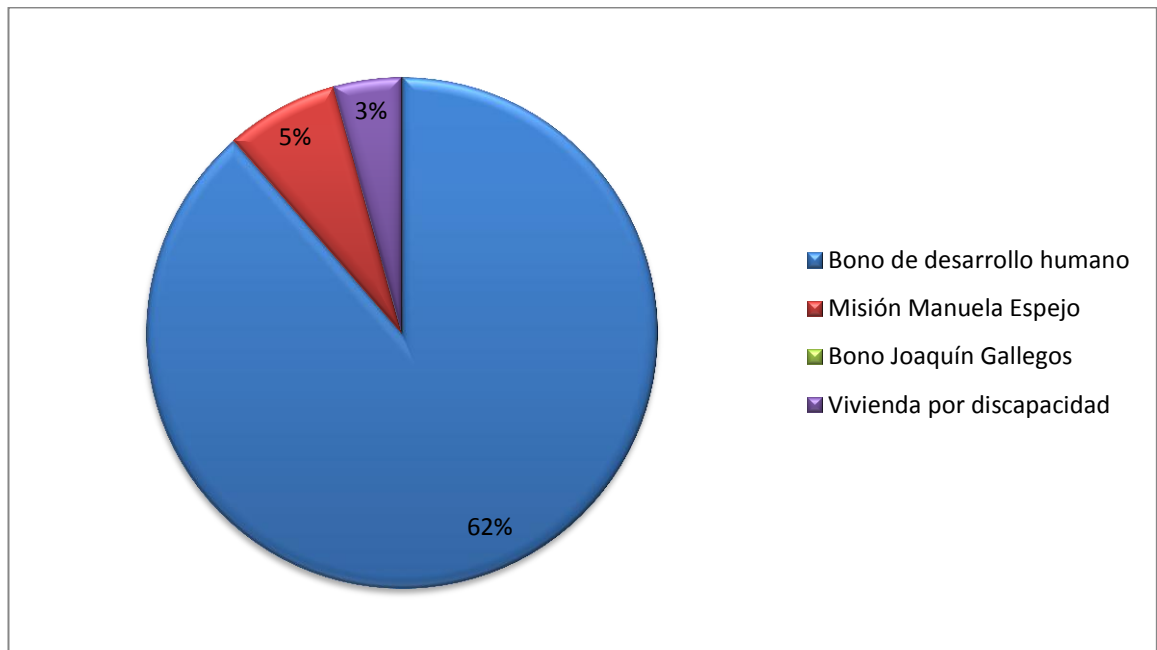
Tabla 7

Clasificación del tipo de ayuda que reciben las personas con discapacidad.

Ayuda de Gobierno	SI	NO	Porcentaje
Bono de desarrollo humano	61,50%	38,50%	100%
Misión Manuela Espejo	5,10%	94,90%	100%
Bono Joaquín Gallegos	0%	100%	100%
Vivienda por discapacidad	2,60%	97,40%	100%
TOTAL	28%	72%	100%

Gráfico 7

Clasificación del tipo de ayuda que reciben las personas con discapacidad.



Un 62% tienen el Bono de desarrollo humano, un 5% tiene como ayuda a la Misión Manuela Espejo y un 3% tiene vivienda por discapacidad.

4.2. Discusión de resultados

Dentro de la investigación realizada el mayor porcentaje de discapacidad corresponde a los son en las personas mayores de 65 años con el 49%, y de 15 a 64 años es de 46% y con un rango de edad 0 a 14 años es de 5%.Lo cual concuerda con los datos proporcionados con el Instituto de Estadísticas de España indica que el porcentaje de discapacidad es del 57,9% en las personas de 65 a más años de edad, el 40,5% de 6 a 64 años y el 1,6 % de 0 a 5 años. (Instituto Nacional de Estadística España, 2008). Se obtuvo una incidencia que los adultos de 65 años de edad son las personas que más sufren algún tipo de discapacidad.

En el estudio aplicado el porcentaje de discapacidad es del 74,4% en el género femenino y un 25,6% son de género masculino. Por lo cual se contradice con la investigación realizada por los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador refiere que el 55,7% es de género masculino y el 43,3% género femenino (Chanatasig, Puga, & Sanafria, 2014). En la investigación refiere que existe un alto índice de discapacidad en el género femenino en estas comunidades.

De 9 de cada 10 diez personas son de etnia indígena. Concuerda que en el Cantón Otavalo su mayor población es de etnia indígena. Según el último censo de población y vivienda INEC 2010, se observa que la población rural ocupa la mayor parte del territorio. El 65% de nacionalidad indígena y 34% blancos mestizos y 1% otro que habitan en el territorio.(Partido Socialista, 2011). Que el dato que nos ofrece el INEC es de todo Otavalo no por comunidades esto representa que la mayoría de la población indígena con discapacidad está ubicada en la zona rural.

Las comunidades de Agato, Faccha Llacta y Arias Uco se encuentran ubicadas en zona rural el 92% viven en casa, 5% en apartamento y 3% en cuarto. Los datos están acorde con el censo realizado por el INEC del 2010

las personas habitan en casa en un 77,2%, en Mediagua 8,9%, departamento 7,6%, en cuarto 4,4%. (INEC, 2010). Los datos que se obtuvieron en las comunidades fueron verídicos en el Cantón Otavalo.

Las personas con discapacidad presentan alteraciones permanentes en su condición de salud en un 56,4% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, 12,8% en la voz y el habla y en cuanto a la discapacidad en el sistema nervioso, en los ojos, en los oídos y en otro tipo de enfermedad 7,7% cada una. Concurre con la investigación de Legorreta de las personas que tienen una discapacidad en el país ocupan un 5,1% de la población. De ellas, el 58% son personas que no caminan o no pueden moverse, 27% no pueden ver, 12% no escuchan, 8% no hablan, 5% son atendidas por terceros. (Legorreta, 2013). Según la investigación por Enrique Legorreta presentan las mismas alteraciones y en similar porcentaje que las comunidades de nuestro país.

El 5,1% de personas con discapacidad manifiesta que los familiares presentan actitudes negativas hacia él y el 3,1% Amigos y compañeros, por otra parte ninguno considera que vecinos, funcionarios, empleados u otras personas tengan actitudes negativas por su discapacidad. Concuerda con Antonio Jiménez Lara que dice que la discriminación por motivo de la discapacidad ha sido experimentada, en diversos grados, por la mayor parte de las personas encuestadas. Ante la pregunta de si ha sufrido en alguna ocasión discriminación por motivo de su discapacidad, algo menos del 5 % de quienes responden declaran que han sufrido ese tipo de discriminación de una forma reiterada y constante Sí, siempre; el 12 % que la han experimentado a menudo y algo más del 47 % se han sentido discriminados alguna vez. Una amplia minoría el 36% de los encuestados no se ha sentido discriminados nunca. (Jiménez & Huete, S/F). Las personas encuestadas relatan que jamás fueron discriminadas o excluidas por personas cercanas a ellos.

De acuerdo a las personas con discapacidad el 28,20% de personas encuentra barreras en el dormitorio; 25,60% en las escaleras; 23,10% en calles - vías; el 20,50% en el Baño - sanitario; el 17,90% en sala - comedor; 15,40% en pasillos – patios, en los vehículos de transporte público; el 12,80% en andenes - aceras; el 7,70% en otros lugares; el 5,10% en parques – plazas – estadios - teatros e iglesias y en sus lugares de trabajo; 2,60% en Paraderos, terminales de transporte y centros de salud, hospitales. Las barreras que se reconoció en la encuesta no se pueden comparar ya que no se ha registrado algún tipo de estudio por parte de las entidades correspondientes.

Un 62% de personas tienen el Bono de desarrollo humano, un 5% reciben ayuda a la Misión Manuela Espejo y un 3% tiene vivienda por discapacidad. En el estudios realizado por Silvana Guzmán describe que el 20% de mujeres reciben el seguro campesino y el bono de la vivienda, los adultos mayores reciben el seguro campesino en un 40% y el bono de la vivienda en un 20% por parte de las autoridades correspondientes.(Guzmán, 2012). Todas las personas con algún tipo de discapacidad tienen derecho a recibir ayuda por parte de las autoridades correspondientes.

4.3. Respuestas a la Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

Las características sociodemográficas se detallaron mediante la encuesta aplicada en la población, en donde existe una gran variedad de seres humanos, de distintas etnias, géneros, edades, culturas, etc. La Edad, con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (Diccionario

de Definiciones.De, 2014) En cuanto a la edad se encontró una prevalencia de discapacidad en las personas mayores de 65 años es de 48,72%;de 15 a 64 años es de 46,15% y con un rango menor de 14 a 0 años es de 5,13%.

El término género está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos (Definición A,B,C, S/F)En cuanto al género se puede determinar que el 74.4% son de género femenino y un 25.6% son de género masculino. Etnia es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas, vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio. (wikipedia.org, 2014) En el Cantón Otavalo se registró que de cada 9 de cada 10 diez personas son de etnia indígena.

¿Cuál es la clasificación de la discapacidad en la población?

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud constituye una clasificación novedosa, que amplía el ámbito de la Familia Clasificación Internacional resaltando la necesidad de contar con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países.

La CIF es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Posee 4 componentes: funciones y estructuras corporales, actividad y participación, factores ambientales y factores personales. (Ministerio de Salud de Chile, S/F). Las personas con discapacidad presentan alteraciones permanentes en su condición de salud en un 56,4% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, 12,8% en la voz y el habla y en cuanto a la

discapacidad en el sistema nervioso, en los ojos, en los oídos y en otro tipo de enfermedad 7,7% cada una.

¿Cuáles son las barreras y facilitadores que intervienen en las personas con discapacidad?

Las barreras son todos aquellos elementos o factores existentes en el entorno que limitan la independencia de la personas y les genera discapacidad es muy importante darse cuenta de esta realidad. La discapacidad es una consecuencia del entorno, no de la persona. Podemos hacer una clasificación de las distintas barreras con las que una persona puede encontrarse: (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2009)

Barreras físicas: Son todas aquellas que impiden o dificultan, el desarrollo de una o varias actividades en los entornos sociales o físicos.

Barreras de accesibilidad: Es cualquier impedimento, traba u obstáculos que limita o impide el acceso, la libertad de movimiento, la libertad de informar y recibir información, así como la estancia o circulación con seguridad de las personas.

Barreras Urbanísticas: Son los impedimentos al libre desplazamiento de las personas, en especial de aquellas con movilidad reducida, originados en la inadecuada disposición de estructuras y mobiliario urbano, en lugares y espacios públicos y privados

Barreras arquitectónicas: Se refiere a accesos sin contemplar la construcción de rampas, escaleras, espacios reducidos o sanitarios no adaptados, en edificios y espacios públicos o privados, lugares de trabajo recreación y viviendas.

Barreras de transporte: Se refiere a la dificultad que se presentan en el sistema de movilidad mecanizada, pública y privada. (slideshare, 2014) De acuerdo a las personas con discapacidad el 28,20% de personas encuentra barreras en el dormitorio; 25,60% en las escaleras; 23,10% en calles - vías; el 20,50% en el Baño - sanitario; el 17,90% en sala - comedor; 15,40% en pasillos – patios, en los vehículos de transporte público; el 12,80% en andenes - aceras; el 7,70% en otros lugares; el 5,10% en parques – plazas – estadios - teatros e iglesias y en sus lugares de trabajo; 2,60% en Paraderos, terminales de transporte y centros de salud, hospitales.

Además, el 5,1% de las personas se sienten incómodas o tienen prejuicios y actitudes negativas por parte de sus familiares y el 3,1% Amigos y compañeros, por otra parte ninguno considera que vecinos, funcionarios, empleados u otras personas tengan actitudes negativas por su discapacidad. Un facilitador es la persona que ayuda a un grupo a entender los objetivos comunes y contribuye a crear un plan para alcanzarlos sin tomar partido, utilizando herramientas que permitan al grupo alcanzar un consenso en los desacuerdos preexistentes o que surjan en el transcurso del mismo. Hay muchos tipos de facilitadores, en función del tipo de ámbito en el que se desarrollen las actividades de los grupos (wikipedia, 2014). A pesar de tantas dificultades que ellos presentan el 62% de las personas reciben el Bono de desarrollo humano, un 5% ayuda de la Misión Manuela Espejo, Ninguno argumenta tener apoyo del Bono Joaquín Gallegos y el 3% tiene vivienda por discapacidad.

4.4. Conclusiones

En la variable edad se encontró que la mayoría de las personas con discapacidad es en los adultos mayores de 65 años, a consecuencia de la edad y falta de interés por su salud y bienestar familiar; existiendo prevalencia mayor en las mujeres el 74,4% ya que ellas sufren durante el periodo de embarazo, en ocasiones maltrato en el hogar.

Los habitantes de esta población son de etnia indígenas en el 92% y el 8% mestizos, clasificando la discapacidad del 56% en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, 13% con la voz y el habla y 7% el sistema nervioso 8% los oídos y los ojos.

Las barreras que existen en estas comunidades son arquitectónicas, la dificultad de estas personas es que habitan en una zona rural, teniendo terrenos irregulares, casas inadecuadas, la distancia hacia los subcentros, no existe medio de transporte adecuado.

Al existir obstáculos que impiden que las personas con discapacidad encuentren un trabajo que les permita ganarse decentemente la vida, atender las necesidades de sus familias y aportar a su economía.

4.5. Recomendaciones

Las personas con discapacidad necesitan acceder a programas de salud por el mismo motivo que todos los demás, para mantener su bienestar, y la participación en las comunidades.

Las personas con discapacidad se sienten excluidas se debería incluirlos dentro de todos los procesos sociales de adaptación, relación e interacción con la población del Cantón Otavalo, parroquia Miguel Egas Cabezas (Peguiche).

Ofrecer charlas sobre capacitación familiar en el manejo de las personas con discapacidad de tal manera que podamos mejorar su integración social y familiar.

En esta zona Rural se debería tomar en cuenta la construcción de accesos dependiendo las necesidades de las personas con discapacidad.

Elaborar propuestas de capacitación con las personas con discapacidad para que puedan acceder a fuentes de trabajo o realizar actividades laborales que les permita llevar una vida digna, junto a su familia.

Linkografía

1. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (25 de 09 de 2012). LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES. Recuperado el 09 de 07 de 2014, de <http://www.ecuaonline.net/html/docs/LEYORGANICADEDISCAPACIDADES.pdf>
2. Beneficios de Discapacitados y Adulto mayor. (06 de 11 de 2014). Obtenido de <http://pepotex.wix.com/luxbidet#!benef.-discapacitados>
3. Blog de Maria Bolaños. (06 de 11 de 2014). Obtenido de <http://www.google.com/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fblogdemarianabolanoscalderon.wordpress.com%2F&h=0&w=0&tbnid=HVVVzYMuwh8lqM&zoom=1&tbnh=164&tbnw=307&docid=RxpEmdesdaWgiM&tbm=isch&ei=VqxbVKWuCYe7yQTI6YCABw&ved=0CBAQsCUoBA&biw=1280&bih=689>
4. blog.educativa. (13 de 05 de 2014). Discapacidad psíquica. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://multiblog.educacion.navarra.es/iibarrog/diversidad/discapacidad-psiquica/>
5. Chanatasig, I., Puga, T., & Sanafria, P. (2014). Actitudes de Docentes, personal administrativo y servicio generales de la facultad de ciencias medicas del al Universidad Central del Ecuado hacia las personas con discapacidad. Recuperado el 07 de 11 de 2014, de http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dspeace.uce.edu.ec%2Fbitstream%2F25000%2F655%2F3%2FT-UCE-0006-15.pdf&ei=QjVdVID4GsmgNobdgcAB&usg=AFQjCNGZXv0FjZj8gdez wBzU2B1I_ITF9A&sig2=tYMJHj
6. Cobas, M., Zacca, E., Morales, F., Icart, E., Jordán, A., & Valdés, M. (12 de 2010). Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Recuperado el 11 de 08 de 2014, de

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400004

7. Definicion A,B,C. (S/F). Definición de género. Recuperado el 07 de 11 de 2014, de <http://www.definicionabc.com/social/genero.php>
8. Definicion MX. (S/F). Definición de riesgo laboral. Recuperado el 29 de 09 de 2014, de <http://definicion.mx/riesgo-laboral/#ixzz3Ekl31aZo>
9. definicion.de. (08 de 07 de 2014). Obtenido de <http://definicion.de/discapacidad/>
10. Diccionario de Definiciones.De. (07 de 11 de 2014). Obtenido de <http://definicion.de/edad/>
11. Diccionario-definicion.de. (S/F). Discapacidad. Recuperado el 08 de 07 de 2014, de <http://definicion.de/discapacidad/>
12. Discapacidad en Mexico. (26 de 06 de 2013). Cuentame.. Poblacion. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
13. discapnet. (S/F). Enfermedades laborales. Recuperado el 14 de 09 de 2014, de http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Prevencion_Riesgos/Enfermedades/Paginas/default.aspx
14. El Universo. (22 de 01 de 2009). Recuperado el 16 de 07 de 2014, de <http://www.eluniverso.com/2009/01/22/1/1361/2D2EE8BA0D38471EB181ECC5BAF6FDA8.html>
15. Fernández, J., Fernández, M., Geoffrey, R., Stucki, H., & Cieza, A. (12 de 2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Recuperado el 18 de 10 de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272009000600002&script=sci_arttext
16. GeoSalud. (01 de 10 de 2014). Enfermedad de Parkinson. Obtenido de http://www.geosalud.com/adultos_mayores/parkinson.htm
17. Geosalud Su sitio de salud en la web. (11 de 07 de 2014). Geosalud. Obtenido de http://www.geosalud.com/adultos_mayores/parkinson.htm

18. Getlegal.com. (2014). Lesión perinatal. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://espanol.getlegal.com/legal-info-center/lesion-perinatal/>
19. Gobierno de Nuevo Leon. (S/F). Nuevo Leon Unido. Recuperado el 11 de 09 de 2014, de http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad
20. Guzmán, A. S. (12 de 2012). repositorio UTN. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2367/1/TESIS%20%20CAPITULOS%20Revisada.pdf>
21. Hospitales NISA. (17 de 10 de 2012). Anoxias perinatales. Recuperado el 28 de 09 de 2014, de <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/anoxias-perinatales/>
22. Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2014). Factores de riesgo ambiental. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/factores-de-riesgo-ambiental.aspx>
23. Jiménez, A., & Huete, A. (S/F). Recuperado el 15 de 10 de 2014, de La Discriminación por motivo de discapacidad: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_decl_fs_110_es.pdf
24. Legorreta, E. (26 de 02 de 2013). revolución tres punto cero. Obtenido de derechos humanos: <http://revoluciontrespuntocero.com/a-que-se-enfrentan-las-personas-con-discapacidad-cuando-intentan-entrar-al-mercado-laboral/>
25. MedlinePlus. (25 de 09 de 2013). MedlinePlus. Obtenido de Mal de Parkinson: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000755.htm>
26. Medlineplus. (05 de 10 de 2013). Síndrome de Down. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000997.htm>
27. Ministerio de Salud de Chile. (S/F). Clasificación internacional de discapacidad. Recuperado el 11 de 11 de 2014, de http://www.deis.cl/?page_id=3518

28. Ministerio de Salud de Chile. (S/F). Clasificación internacional de salud. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de http://www.deis.cl/?page_id=3518
29. Ministerio de Salud. (08 de 10 de 2014). Direccion Nacional de Discapaciad DND. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
30. Mora, E. (07 de 11 de 2014). Juventud Rebelde. Recuperado el 07 de 11 de 2014, de <http://www.juventudrebelde.cu/dudas-idioma/?tag=personas%20discapacitadas>
31. Moreno, S. (15 de 01 de 2014). Sustancias Tóxicas. Recuperado el 29 de 08 de 2014, de slideshare: <http://es.slideshare.net/stevenmoreno/sustancias-txicas?related=2>
32. National Dissemination Center for children with disabilities. (2014). Recuperado el 11 de 07 de 2014, de <http://www.parentcenterhub.org/repository/lenguaje/>
33. Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). Sustancias Psicoactivas. Recuperado el 17 de 08 de 2014, de <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Sustancias-psicoactivas>
34. Organización mundial de la salud. (S/F). 10 Datos sobre discapacidad. Recuperado el 15 de 09 de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/>
35. Organización Mundial De la Salud y Banco Mundial. (2011). Informe mundial Sobre la Discapacidad. Recuperado el 15 de 09 de 2014, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
36. Organización Panamericana de la Salud. (2011). Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad. Recuperado el 15 de 09 de 2014, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20910&Itemid
37. Ovando, J., Morales, F., Leal, J., Torres, E., & Domínguez, N. (01 de 10 de 2013). Slidershare. Recuperado el 24 de 09 de 2014, de

Anomalías congénitas:

<http://es.slideshare.net/danielortorresaburto/anomalias-congenitas-26742693?related=1>

38. Periodismo inclusivo.com. (2008). Discapacidad Sensorial. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://guiaaccesibilidad.periodismoinclusivo.com/discap.html>
39. Psicología - Uso y abuso de sustancias. (06 de 11 de 2014). Obtenido de http://www.psico-web.com/psicologia/uso_abuso.htm
40. Rodríguez, Y., & Díaz, C. (03 de 09 de 2009). Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad. Recuperado el 12 de 10 de 2014, de http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr06209.htm
41. Rondón, J. (08 de 02 de 2010). Guía para educar a personas con discapacidad auditiva. Recuperado el 08 de 10 de 2014, de <http://teconologiaydiversidad.blogspot.com/2010/02/educar-personas-con-discapacidad.html>
42. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (30 de 10 de 2013). Buen Vivir Plan Nacional . Obtenido de <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.biess.fin.ec%2Ffiles%2Fley-transparencia%2Fplan-nacional-del-buen-vivir%2FResumen%2520PNBV%25202013-2017.pdf&ei=sLFSVMSTD4ucNpeahPgJ&usg=AFQj>
43. Segunda Sección. Patología Ortopédica. (11 de 07 de 2014). Escuela de medicina. Obtenido de http://escuela.med.puc.cl/publ/OrtopediaTraumatologia/Trau_Secc02/Trau_Secc02_11.html
44. slideshare. (10 de 11 de 2014). Guías de accesibilidad al medio físico. Obtenido de <http://es.slideshare.net/conejitavas/guia-accesibilidadmediofisico?related=2>
45. Slideshare. (22 de 05 de 2011). Los Riesgos LABORALES. Recuperado el 09 de 08 de 2014, de <http://es.slideshare.net/foalista/los-riesgos-laborales-8057219>

46. Tele centros para todos. (S/F). Discapacidad física. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.html>
47. Terapia Física.com. (S/F). La causa más común de la pérdida de las capacidades funcionales en la persona mayor es la inactividad o inmovilidad. Recuperado el 02 de 10 de 2014, de <http://www.terapiafisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html#la>
48. Vela, M., Ibarra, I., Belmont, L., Fernández, C., Guillén, S., Monroy, S., y otros. (05 de 09 de 2011). Historia de la Fenilcetonuria. Recuperado el 13 de 07 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm115e.pdf>
49. Ventura, P. (S/F). Infecciones perinatales. Recuperado el 28 de 09 de 2014, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rninfecperinat.html>
50. Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2009). Accesibilidad y barreras arquitectónicas. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de slideshare: <http://es.slideshare.net/amateotinez/accesibilidad-y-barreras-arquitectonicas-29967943>
51. Wikipedia. (18 de 09 de 2014). Discapacidad intelectual. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad_intelectual
52. Wikipedia la enciclopedia libre. (11 de 07 de 2014). Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Tipos_de_discapacidad
53. Wikipedia. (12 de 10 de 2014). Síndrome de Edwards. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Edwards
54. wikipedia. (10 de 11 de 2014). wikipedia. Obtenido de <http://es.wikipedia.org/wiki/Facilitador>

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial Vistazo. (2010). En Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad, dice el Gobierno. Vistazo .
2. Equipo técnico PDOTS. (2008). MIGUEL EGAS CABEZAS. En E. T. PDOTS, MIGUEL EGAS CABEZAS (pág. 227). OTAVALO.
3. Instituto Nacional de Estadística España. (4 de 11 de 2008). Instituto Nacional de Estadística. pág. 3.
4. Partido Socialista. (2011). Plan de trabajo para la consejería. Otavalo: pdf.
5. Patologías del Sistema Nervioso causa del mal desarrollo Embrionario. (2013). revista de psicología Mexico , 1.
6. Suárez, D. T., González, D. C., Fe, D. A., Alonso, D. C., Hernández, D. H., &
7. González, D. L. (2009). Trastornos de la marcha en la Enfermedad de Parkinson aspectos clínicos, fisiopatológicos y terapeutico. revista cubana de medicina fisica y rehabilitacion , 16.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA TERAPIA FISICA

TEMA: Diagnóstico Georreferenciado De La Discapacidad En La Comunidad Peguche, Agato, Faccha Lacta Y Arias Ucu Del Cantón Otavalo De La Provincia De Imbabura En El Período de Octubre-Diciembre 2014

IDENTIFICACIÓN PERSONAL	1. Nombre	
	2. Nacionalidad	
	3. Fecha de nacimiento	
	4. Género	
	5. Número de cedula	
	6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:	
	7. Número del carnet del CONADIS	
	8. Número de personas a cargo menores de 14 años:	
	9. Número de personas a cargo mayores de 65 años:	
LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA	10. Cantón	
	11. Parroquia	
	12. Área	
	13. Dirección	
	14. Número de Teléfono	
	15. Nombre del barrio o comunidad	
	16. La vivienda cuenta con servicios de	Energía Eléctrica
		Alcantarillado
		Teléfono
		Recolección de basura
17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?		
18. Actualmente vive en:		
19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?		
CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE DISCAPACIDAD	20. Recibe algún servicio del Gobierno	
	21. Es beneficiario de programas de:	Bono de desarrollo humano
		Misión Manuela Espejo
		Bono Joaquín Gallegos
22. ¿De equipamiento de vivienda?		

23. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:	El sistema nervioso
	Los ojos
	Los oídos
	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
	La voz y el habla
	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
	La digestión, el metabolismo, las hormonas
	El sistema genital y reproductivo
	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
	La piel
	Otra enfermedad
24. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?	
25. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?	
26. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:	Pensar, memorizar
	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
	Oír, aun con aparatos especiales
	Distinguir sabores u olores
	Hablar y comunicarse
	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
	Caminar, correr, saltar
	Mantener piel, uñas y cabellos sanos
	Relacionarse con las demás personas y el entorno
Llevar, mover, utilizar	

	objetos con las manos
	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
	Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
	Otra
27. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?	Familiares
	Amigos, compañeros
	Vecinos
	Funcionarios, empleados
	Otras personas
28. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?	Dormitorio
	Sala - comedor
	Baño - sanitario
	Escaleras
	Pasillos-patios
	Andenes, aceras
	Calles, vías
	Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
	Paraderos, terminales de transporte
	Vehículos de transporte público
	Centros educativos
	Lugares de trabajo
	Centros de salud, hospitales
	Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
Instituciones públicas	
Otros	
29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?	
30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?	
31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente	Medios escritos
	Radio
	Televisión
	Teléfono
	Internet
32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?	
33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:	
34. Enfermedad profesional por:	
35. Por consumo de psicoactivos:	

36. Desastres naturales:	
37. Por accidente:	
38. Como víctima de violencia:	
39. Del conflicto armado por:	
40. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:	
41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?	
42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?	
43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?	
44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?	
45. ¿Está afiliado a?	
46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?	
47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?	
48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?	
49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?	
50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?	
53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?	
54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?	
55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?	
56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?	
57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?	Medicina física y de rehabilitación Fisiatria
	Psiquiatría
	Fisioterapia
	Fonoaudiología
	Terapia ocupacional
	Optometría
	Psicología
	Trabajo social
	Medicamentos permanentes
Otro tipo de rehabilitación	
58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?	
59. ¿Quién paga la rehabilitación?	
60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:	
61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?	

	62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?	
	63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?	
	64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?	
	65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)	
EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	66. ¿Sabe leer y escribir?	
	67. El establecimiento en donde estudia, es:	
	68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:	Pedagógicos
		Tecnológicos
		Terapéuticos
	69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?	
	70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?	
	71. ¿Usted aprobó?	Preescolar
		Básica
		Bachillerato
		Superior
		Postgrado
	72. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?	
	73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?	
	74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?	
	75. Participa en actividades:	Con la familia y amigos
		Con la comunidad
Religiosas o espirituales		
Productivas		
Productivas		
Deportivas o de recreación		
Culturales		
Educación no formal		
Ciudadanas		
Otras		
76. ¿Actualmente participa en alguna organización?		
77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:		
78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?		
TRABAJO	79. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:	
	80. Usted tiene contrato de trabajo:	
	81. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:	
	82. En el trabajo se desempeña como:	
	83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?	

	84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?
	85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?
	86. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?
	87. ¿Dónde recibió la capacitación?
	88. Necesita capacitación para:
DATOS DEL ENCUESTADOR	89. Nombre
	90. Fecha
	91. Sector

ANEXO 2
FOTOS

Gráfico A2. 1. Junta parroquial Miguel Egas Cabezas



Gráfico A2. 2. Presidenta De La Junta Parroquial



Gráfico A2. 3. *Presidenta De Gobierno Autónomo Descentralizado Miguel Egas Cabezas Sra. Matilde Gramal Conejo*



Gráfico A2. 4. *Comunidad Arias Uco Presidenta Sra. Celestina Maldonado*



Gráfico A2. 5. Comunidad FacchaLlacta Presidente Sr Cesar Fueres



Gráfico A2. 6. Sra. María Martínez Dirigente Del Área De Salud De La Comunidad De Faccha Llacta



Gráfico A2. 7. Encuestando en FacchaLlacta



Gráfico A2. 8. Hogar de persona con discapacidad



Gráfico A2. 9. Entrada de Peguche



Gráfico A2. 10. Trabajo de las dos personas con discapacidad en Peguche



Gráfico A2. 11. Tomando Las Coordenadas en Agato

