



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

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

TEMA:

**“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA
PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN
OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN
EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014”**

AUTORAS:

Samaniego Alemán Karen Maricela
Torres Ruiz Ximena Lizeth

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Marcela Baquero MSc.

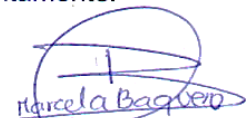
IBARRA 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Ibarra, 11 de noviembre del 2014.

Yo, Silvia Marcela Baquero Cadena con cedula de ciudadanía 100303787-4 en calidad de tutora de tesis titulada "DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014" de autoría de las Srtas. Karen Samaniego y Ximena Torres, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente:



Lcda. Silvia Marcela Baquero Cadena MSc.

100303787-4

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Nosotras, Karen Maricela Samaniego Alemán y Ximena Lizeth Torres Ruiz declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría "DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014" y los resultados de la investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no han sido presentado previamente para ningún grado ni calificación personal; y que hemos respetado las diferentes fuentes de información.



Karen Maricela Samaniego Alemán

100343529-2



Ximena Lizeth Torres Ruiz

100413678-2



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100413678-2
APELLIDOS Y NOMBRES:	TORRES RUIZ XIMENA LIZETH
DIRECCIÓN:	OTAVALO.
EMAIL:	jimeotavalo_69@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2921-846 0987814623

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100343529-2
APELLIDOS Y NOMBRES:	SAMANIEGO ALEMÁM KAREN MARICELA
DIRECCIÓN:	OTAVALO.
EMAIL:	krenscorpion@hotmail.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2922-333 0981806081

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014”
AUTORAS:	Torres, Ximena; Samaniego, Karen.
FECHA:	2014/12/17
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciadas en Terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	Lcda. Marcela Baquero MSc.

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

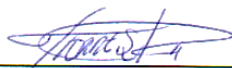
Yo, Torres Ruiz Ximena Lizeth con cédula Nro. 100413678-2, y yo Samaniego Alemán Karen Maricela con cédula Nro. 100343529-2 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.


3. CONSTANCIAS

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.

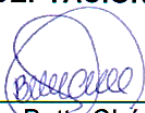
Ibarra, a los 17 días del mes de Diciembre de 2014.

LAS AUTORAS:

Firma 
Ximena Torres
C.C: 100413678-2

Firma 
Karen Samaniego
C.C. 100343529-2

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE FE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE


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

Yo, Torres Ruiz Ximena Lizeth con cédula Nro. 100413678-2, y yo Samaniego Alemán Karen Maricela con cédula Nro. 100343529-2, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: "DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014"; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 17 días del mes de Diciembre de 2014.

LAS AUTORAS:

Firma 
Ximena Torres
C.C: 100413678-2

Firma 
Karen Samaniego
C.C. 100343529-2

DEDICATORIA

Con profundo cariño una vez que he culminado mis estudios universitarios esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino con su paz, sabiduría, paciencia y fortaleza para superar los obstáculos, no rendirme y salir adelante porque todo lo puedo con mi Cristo que me fortalece. A mi madre que es mi pilar fundamental y quien con su esfuerzo y sacrificio me ha educado y me ha apoyado incondicionalmente con sus consejos, sus valores y su amor. A mi abuelito quien es mi padre, mi apoyo, ha confiado en mí y me ha ayudado a lograr mi objetivo, a mi abuelita mi segunda madre que me ha brindado su cariño, comprensión, consentimientos y buenos consejos. A mis hermanos que son mi motivación, inspiración y felicidad. A mis familiares por estar siempre presentes con sus consejos para poder realizarme como profesional.

Karen Samaniego

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado salud, vida, paciencia y perseverancia para poder culminar con los resultados esperados, a mis padres que con su esfuerzo y sacrificio por sacarme adelante han sido y serán mi pilar fundamental en todos mis objetivos propuestos, mi hija Isabella que se ha convertido en mi inspiración y motor de mi vida para conseguir mi título y ser su ejemplo y apoyo en cada momento de su vida, y a mi esposo, que ha estado apoyándome desde el inicio de este trabajo investigativo, esta tesis va dedicada a estas personas que han estado junto a mí durante el largo trayecto de mi formación académica y han sido y serán siempre mi gran motivación para desempeñarme día a día con lo mejor de mi potencial como profesional.

Ximena Torres

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra casona universitaria Universidad Técnica del Norte por abrirnos sus puertas y darnos la gran oportunidad de educarnos y convertirnos en entes productivos para la sociedad, a nuestros docentes que con su paciencia y dedicación nos inculcaron los mejores conocimientos durante estos cuatro años de aprendizaje, a nuestra querida tutora Lic. Marcela Baquero MSc, que con sus consejos logramos hacer de esta investigación un gran aporte y beneficio para nuestra carrera. Un agradecimiento especial al municipio descentralizado del cantón Otavalo por la facilitación de datos y mapas claves para la identificación de la población. Finalmente agradecemos a los habitantes de la parroquia urbana El Jordán por abrirnos sus puertas y proporcionarnos la información necesaria para la elaboración de la presente investigación.

Ximena Torres y Karen Samaniego

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	v
AUTORÍA.....	iii
CAPÍTULO I.	
EL PROBLEMA.....	1
CAPÍTULO II.	
MARCO TEORICO	6
CAPITULO III.	
METODOLOGIA	41
CAPITULO IV.	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
CAPITULO V.	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
CERTIFICADO DE APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	vii
SUMARY	viii

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1 EDAD.....	50
Tabla 2 SEXO O GÉNERO.....	51
Tabla 3 RECIBE ALGÚN SERVICIO DEL GOBIERNO	52
Tabla 4 CONDICIÓN DE SALUD CON MAYOR INCIDENCIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	53
Tabla 5 PRINCIPALMENTE LA DISCAPACIDAD ES CONSECUENCIA DE:.....	54
Tabla 6 TIPO DE REHABILITACIÓN QUE LE ORDENARON.....	55
Tabla 7 ACTUALMENTE ESTÁ ASISTIENDO AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN	56
Tabla 8 PORQUE NO RECIBE SERVICIO DE REHABILITACIÓN	57
Tabla 9 LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO SE HA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE LA DISCAPACIDAD.....	58
Tabla 10 ¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL PROMEDIO?	59

DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA PARROQUIA EL JORDÁN SECTOR URBANO DEL CANTÓN OTAVALO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO FEBRERO A JUNIO DEL 2014

Autoras: Samaniego, Karen; Torres, Ximena
Directora de tesis: Lcda. Marcela Baquero MSc.

RESUMEN

La discapacidad es un fenómeno complejo, universal que es causado por la restricción o ausencia de actividades diarias necesarias debido a una deficiencia ya sea corporal o de funcionamiento. Esta entidad es un motivo de preocupación mayor, pues su prevalencia está aumentando, es por ello que el propósito de este trabajo es realizar un Diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad en la población de la parroquia El Jordán, Otavalo, Imbabura en el período febrero a junio del 2014. La metodología de la investigación se realizó mediante un tipo de investigación descriptiva y explicativa con un enfoque cuali-cuantitativo, puesto que utiliza la recolección de datos con medición numérica, el diseño fue no experimental y de corte transversal, ya que no se manipularon variables, y se realizó durante un período de cuatro meses; se estudió a un total de 108 personas con discapacidad habitantes de la parroquia el Jordán, a través de una encuesta específica y correcta recolección de datos por GPS a la población identificada. Conclusión: En los resultados encontrados en este estudio se identificó la prevalencia de discapacidad en el género masculino en edades comprendidas entre 21 a 30 años, con mayor alteración en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y alteración del sistema nervioso central. Los individuos desconocen el origen de su discapacidad y de servicios de fisioterapia para recibir el correcto tratamiento indicado por los especialistas. En el ámbito laboral el desempeño de la mayoría de personas con algún tipo de discapacidad realmente se ha visto afectada. Finalmente, se estableció una base de datos real de personas con discapacidad que habitan en la parroquia urbana el Jordán del cantón Otavalo.

Palabras clave: discapacidad, fisioterapia, georeferenciación.

SUMMARY

Disability is a universal complex phenomenon, which is caused by a restriction or lack of necessary daily activities due to either a deficiency or body function. This condition is a greater concern because its prevalence is increasing. The purpose of this document is to make a diagnosis of Georeferenced disability in the population of El Jordan parish, Otavalo, Imbabura, in the period February to June 2014. The methodology of the research was conducted through a qualitative study approach because it uses data collection without numerical measurement, the design was non-experimental, a cross sectional study, since no variables are handled, and was conducted over a period of four months. This research is descriptive and explanatory. A total of 108 disabled people from El Jordan parish were studied. A specific survey and GPS data collection was used to identify the target population. Conclusion: The results shows a prevalence of disability in males aged 21-30 years, with impaired body movement, hands, arms, legs, and alteration of the Central Nervous System. These individuals were unaware of the origin of their disability and were receiving the appropriate treatment as indicated by specialist in physical therapy. The work performance of most people with disabilities has actually been affected. Finally we established a real database of El Jordan parish, Otavalo.

Keywords: disability, physiotherapy, geocoding.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICADO DE APROBACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE..	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
TABLA DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS	x
RESUMEN	xi
SUMMARY.....	xii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Teoría Existente.....	7
2.1.1. Datos Generales del Cantón San Luis de Otavalo	7
2.1.2. Discapacidad.....	15
2.1.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	19

2.1.4.	Modelos del Funcionamiento y de la Discapacidad.....	22
2.1.5.	Clasificación de la discapacidad en el Ecuador	25
2.1.6.	Factores o barreras de la discapacidad	27
2.1.7.	La normatividad de la discapacidad	30
2.2.	Marco legal y jurídico	35
CAPÍTULO III.....		41
3.	METODOLOGÍA.....	41
3.1.	Tipo de la investigación	41
3.2.	Enfoque de la investigación	41
3.3.	Diseño de investigación	42
3.4.	Población y Muestra	42
3.5.	Operacionalización de variables	44
3.6.	Técnica e instrumentos de recolección de datos	47
3.6.1.	Encuesta	47
3.6.2.	Procedimientos para la captura de datos	47
3.6.3.	Procedimientos para el procesamiento de los datos	48
3.6.4.	Procedimientos para presentar e interpretar los datos	48
3.7.	Validez y confiabilidad de la investigación	48
CAPÍTULO IV.....		49
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
4.1.	Tabulación, análisis e interpretación de los resultados.....	49
4.2.	Discusión de resultados.....	60
4.3.	Respuestas a las preguntas de investigación	62
CAPÍTULO V.....		65
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1.	Conclusiones	65
5.2.	Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜOGRAFÍA		67
ANEXOS.....		72
	Anexo 1: Organización territorial del cantón Otavalo y las parroquias urbanas sector centro.....	72
	72

Anexo 2: Modelos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF)	73
Anexo 3: Prevalencia de personas con discapacidad en América Latina.....	74
Anexo 4 Encuesta	76
Anexo 5. Recolección de la Información y Aplicación de la encuesta	87

CAPÍTULO I.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La discapacidad es un fenómeno complejo, universal causado por la restricción o ausencia de actividades diarias necesarias debido a una deficiencia ya sea corporal o de funcionamiento; manifestando una acción recíproca entre las características del organismo humano, factores ambientales y sociales. Esta entidad es un motivo de preocupación mayor, pues su prevalencia está aumentando.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que existen más de mil millones de personas con alguna discapacidad, que representa el 15% de la población mundial en su totalidad, poco más del 40% de esta población se encuentra en los diferentes países de América Latina y el Caribe. Según (CEPAL, 2012) en los datos de la ronda censal 2010, la prevalencia de la discapacidad en América Latina varía desde 5,1% en México hasta 23,9% en Brasil, mientras que en el Caribe el rango oscila entre 2,9% en Bahamas y 6,9% en Aruba. En total, cerca de 12% de la población latinoamericana y caribeña viviría con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas, según cifras recogidas de distintas fuentes estadísticas de la región.

De acuerdo al censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010) la población total ecuatoriana asciende a 14'306.000; de ellos el 816.156 habitantes (5,64%) corresponde a personas con discapacidad. En la provincia de Imbabura existe 22660

personas con discapacidad, correspondiendo al 0.15% de la población ecuatoriana. Los registros del cantón Otavalo ascienden a 6124 personas con discapacidad (0.04%) de las cuales en la parroquia urbana hay 1950 personas (0.01) de la población ecuatoriana.

En el Cantón Otavalo los datos de registro establecidos por el CONADIS es de 2130 personas con discapacidad (0.01% de la población ecuatoriana), siendo una tasa mínima en relación con a los datos del INEC. Por lo anteriormente expuesto se evidencia una falta de base de datos reales en cuanto a la discapacidad, sin una constante actualización, mal seguimiento de personas con discapacidad y el personal inadecuado para la identificación de las mismas. Además, no existe un diagnóstico situacional de la discapacidad que complemente el adecuado monitoreo y atención integral con programas de promoción, prevención, y rehabilitación a la población con discapacidad; lo cual conlleva al desconocimiento por parte de autoridades y la creación de estereotipos discriminatorios y de exclusión en la sociedad.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo realizar un diagnóstico georeferenciado de la discapacidad en la parroquia el Jordán sector urbano del cantón Otavalo de la provincia de Imbabura en el período febrero a junio del 2014?

1.3. Justificación

En los últimos años el gobierno central de la República del Ecuador ha implementado varias políticas sociales, en base a leyes constitucionales, para garantizar el desarrollo integral de personas con discapacidad. Sin embargo, no se establece una base de datos real de personas con algún tipo de discapacidad y no se evidencia un diagnóstico situacional de las mismas lo que ha generado un desconocimiento por parte de autoridades e instituciones encargadas del registro de la población con discapacidad, provocando a dicha población una inadecuada accesibilidad a servicios de salud, educación e inclusión laboral y social. Debido a la problemática es indispensable obtener una base de datos real, actualizada y georeferenciada enfocada a un diagnóstico de discapacidad que se evidencio en la parroquia urbana.

El Jordán del Cantón Otavalo de esta manera estaremos aportando a la inclusión de aquella población que se ha visto excluida por falta de un rastreo georeferenciado de su condición, debido a que en la mayoría de los casos esta población se ha trasladado de su lugar de vivienda motivo por el cual las entidades encargadas de su rastreo han perdido contacto con el individuo discapacitado. En consecuencia, mediante la elaboración de un diagnóstico georeferenciado de dicha zona se contribuye con un sistema de información geográfica que permite un correcto manejo y monitorización de esta población incluidos lugares de difícil acceso. Se establece un aporte inclusivo en aquella población no registrada, ni beneficiada con los programas de ayuda social implementados por el gobierno tales como: Misión Solidaria Manuela Espejo, Bono de Desarrollo Humano, Misión Joaquín Gallegos Lara; e instituciones encargadas de aportar con servicios de promoción, prevención, rehabilitación y habilitación a sus actividades de la vida diaria si su condición lo permite.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Realizar un Diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad en la población de la parroquia El Jordán, Otavalo, Imbabura en el período febrero a junio del 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Aplicar una encuesta a las personas con discapacidad.
- b. Determinar las características sociodemográficas de la población con discapacidad.
- c. Identificar la condición de salud, la causa de discapacidad de mayor prevalencia de acuerdo a su clasificación y el tipo de rehabilitación ordenada por especialistas.
- d. Establecer si la actividad laboral e ingreso mensual promedio se han visto afectados como consecuencia de la discapacidad; y si la población recibe beneficios del gobierno.

1.5. Preguntas de investigación

- a) ¿Cómo Aplicar una encuesta a las personas con discapacidad?
- b) ¿Cómo determinar las características demográficas de la población con discapacidad?
- c) ¿De qué forma se identifica la condición de salud, la causa de discapacidad de mayor prevalencia de acuerdo a su clasificación y el tipo de rehabilitación ordenada por especialistas?
- d) ¿Cómo establecer si la actividad laboral e ingreso mensual promedio se han visto afectados como consecuencia de la discapacidad; y si la población recibe beneficios del gobierno?

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEORICO

2.1. Teoría Existente

2.1.1. Datos Generales del Cantón San Luis de Otavalo

2.1.1.1. Historia del Cantón Otavalo

El plan de vida de Otavalo (San Félix, 2013), resume la síntesis histórica del cantón y señala que de legitimarse la hipótesis del HOMO OTAVALENSIS u HOMO OTAVALUS dataría de unos 28.000 años atrás. Si diferentes son los testimonios que buscan explicar la presencia de los primeros habitantes del sector, es lógico deducir que el origen de la palabra OTAVALO tiene varias interpretaciones. En base al idioma Chaima (Caribe-Antillano). Otavalo provendría de OTO-VA-L-O que significa “lugar de los antepasados”. Si es el Cara el generativo, del Panzaleo OTAGUALÓ, GUALÓ o TAGUALO se interpretaría como “casa”. Con el fundamento del idioma Chibcha OTE-GUA-LO daría el significado “en lo alto grande laguna” y por último en lengua de los indígenas de la zona se traduciría “como cobija de todos” y SARANCE como “pueblo que vive de pie”. Por las evidencias, es más seguro afirmar que en toda la comarca se hablaba la lengua caranqui la que, por motivo de las dos conquistas consecutivas: La Inca y la española, fueron sustituyéndose paulatina y relativamente en forma tardía. La invasión Inca se produce a finales del siglo XV y los primeros 25 años del siglo XVI. La férrea resistencia ofrecida especialmente por los Cayambis, Carangues y

Otavalos determinó que Túpac Yupanqui no pueda consolidar su dominación. El Otavalo primitivo se ubicaba a orillas del Lago San Pablo en lo que hoy se conoce como San Miguel, Sarance se localizaba más al norte. Con las reducciones de Toledo Virrey de Lima, los españoles eligen a Sarance como centro administrativo colonial pero le atribuyen el nombre de Otavalo por ser más conocido y por el respeto que infundía en la población indígena. El repartimiento de la Encomienda de Otavalo se inicia con Sebastián de Benalcázar quien lo funda en el año de 1534, teniendo como patrono a San Luis. El 18 de Julio de 1557, el gobernante de Quito, Gil Ramírez Dávalos ratifica como primer corregidor a Francisco de Araujo, desde 1563 se le da oficialmente el trato de Corregidor fijando su residencia y administración en el Ayllu Sarance. Los primeros Corregidores de Otavalo fueron: Francisco de Araujo, quien ingresa a sus funciones en 1557, Pedro Hernández de la Reina que asume el cargo en 1559 y Hernando de Paredes quien se hace responsable de esa importante función entre 1563 y 1565.

2.1.1.2. Ubicación

El cantón Otavalo está situado en la zona norte del Ecuador y al sur oriente de la provincia de Imbabura. Tiene una superficie de 579 kilómetros cuadrados, según los nuevos límites otorgados por el Gobierno Municipal de Otavalo. La ciudad de Otavalo se localiza al norte del callejón interandino a 110 kilómetros de la capital Quito y a 20 kilómetros de la ciudad de Ibarra, se encuentra a una altura de 2.565 metros sobre el nivel del mar, y está ubicada geográficamente en las siguientes coordenadas: 78° 15' 49" longitud oeste; 0° 13' 43" latitud norte. El cantón se encuentra limitado: al norte con los cantones Cotacachi, Antonio Ante e Ibarra; al sur limita con el cantón Quito (Pichincha); al este con los cantones Ibarra y Cayambe (Pichincha) y al oeste con los cantones Quito y Cotacachi. (Cevallos, 2012)

2.1.1.3. Límites del cantón Otavalo

El gobierno Municipal de Otavalo actualmente se encuentra tramitando en la Comisión de límites internos de la República-CELIR, el nuevo límite cantonal. El cantón Otavalo está integrado por la ciudad del mismo nombre y por once parroquias dos urbanas: San Luis y El Jordán; y nueve rurales: Eugenio Espejo, San Pablo del Lago, González Suárez, San Rafael, San Juan de Ilumán, Dr. Miguel Egas Cabezas, San José de Quichinche, San Pedro de Pataquí y Selva Alegre.

Las comunidades de las parroquias rurales varían en cuanto a número; Quichinche es la parroquia con más comunidades, esta presenta un total de 24, y existe una variación de superficie de 507 a 579 Km². Eugenio Espejo en un 24.74%, González Suárez en un 2.12%, San José de Pataquí en un 12.61%, San José de Quichinche aumenta en un 31.53 % y Selva Alegre en un 29.12%.

Por otro lado las parroquias que disminuyen su territorio son la capital cantonal San Luis de Otavalo 8.1 Km², San Juan de Ilumán 0.82 Km², San Pablo 0.57Km² y San Rafael 1.58Km².

De las nueve parroquias la que menos extensión posee es San José de Pataquí con una población de 269 habitantes según el censo 2010; seguida de la parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas, con 4883 habitantes, siendo la más cercana a la capital cantonal. La parroquia de mayor extensión es Selva Alegre con 178 kilómetros cuadrados, para el 2010 tiene 1600 habitantes, es la que más alejada se encuentra de la ciudad de Otavalo. La segunda parroquia con mayor extensión es San José de Quichinche con 118 kilómetros cuadrados, que también se encuentra cerca de la ciudad de Otavalo y cuenta con 8476 habitantes. Las parroquias de la cuenca hidrográfica del Imbakucha: San Pablo, González Suárez, Eugenio Espejo, San Rafael y San Pablo, tienen una población

de 38210 habitantes, es decir el 36.43% de la población rural del cantón Otavalo. (Cevallos, 2012)

2.1.1.4. Delimitación urbana

El cantón Otavalo se encuentra dividido políticamente por la cabecera cantonal que corresponde a las parroquias urbanas de San Luis y el Jordán, y por 9 parroquias rurales: Miguel Egas, Eugenio Espejo, González Suárez, San José de Pataquí, San José de Quichinche, San Juan de Ilumán, San Pablo, San Rafael, Selva Alegre, cada una de ellas identificadas mediante el catastro levantado por el GMO-AME, a partir del año 2004, con sus respectivos límites urbanos, ya que cada parroquia rural posee un área denominada urbana, establecida en la ordenanza de delimitación urbana de las parroquias rurales del cantón Otavalo, del 7 de diciembre del 2005, que tiene como objetivo principal, actualizar el límite del territorio urbano de la ciudad de Otavalo, por complementariedad se incluye la definición del territorio urbanizable y no urbanizable (rural).

El área urbana de San Luis de Otavalo, es entendida desde el punto de vista técnico como el área potencialmente urbanizable y que cuenta con porcentaje de servicios básicos de infraestructura. Es necesario analizar desde el punto de vista social y de crecimiento urbano (histórico) de la ciudad para poder entender las lógicas de implantación de la población con sus distintas necesidades y como estas se han ido modificando con el tiempo en unos casos y en otros se han afirmado. Dentro de la delimitación urbana, surge un fenómeno que no es diferente para el resto de ciudades del país, y que se basa en que los municipios han fundamentado su límite dentro a la división que realizaba la iglesia católica como tal, para la evangelización y aplicación de su doctrina. Este criterio no posee criterio técnico alguno y ha sido causa de problemas en la actualidad desde el punto de vista técnico, social espacial y político.

Las áreas dispersas que corresponden a El Jordán son: Cotama, Guanansi, La Bolsa, Azama, Gualapuro, La Compañía.

San Luis, siendo esta área con la mayor dispersión poblacional y edificada, por emplazarse en un área con topografía pronunciada: Imbabuela alto y bajo, Mojanda, Mojanda mirador, Mojandita, Taxopamba, Cuatro esquinas. (Cevallos, 2012).

2.1.1.5. Tendencias de crecimiento y desarrollo urbano

El crecimiento y desarrollo urbano de la ciudad de Otavalo, se ha ido implantando hacia el norte del cantón, bajo una lógica de aprovechamiento de los espacios y recurso que ofrece esta área, como:

- Topografía, amigable con la implantación de edificaciones.
- Disponibilidad de servicios básicos.
- Vialidad: Autovía Otavalo-Ibarra, Otavalo-Quinindé

La ciudad de Otavalo, de acuerdo al análisis realizado, se considera como una centralidad por su funcionalidad, equipamientos e infraestructura que dispone la ciudad, creando una muy buena relación y conectividad entre la zona urbana y rural. Desde un análisis cantonal, cada cabecera parroquial rural constituye un polo de desarrollo con diferentes especialidades, constituyendo por tanto un cantón poli céntrico, la parroquia de Selva Alegre siendo la más alejada del centro urbano (80 Km aproximadamente) y con una vialidad en mal estado que aporta a la baja vinculación espacial con esta centralidad, posee una dinámica en cuanto al flujo de personas que llegan a Otavalo en busca de bienes y servicios, lo que no sucede con la Parroquia de Pataquí, que posee una fuerte vinculación con San José de Minas (provincia de Pichincha) por

estar más cerca de ella que al centro urbano de Otavalo, generando así un fuerte problema socio espacial. (Cevallos, 2012)

2.1.1.6. Población y tasa de crecimiento

Según el quinto censo de población del INEC de 1990, el cantón Otavalo tenía 56.286 habitantes; para el censo 2001 la población aumentó a 90188 habitantes y para el censo 2010 se incrementó a 104874 habitantes, de los cuales el 48.10% de hombres y el 51.9% son mujeres, siguiendo el patrón tanto del país como de la provincia de Imbabura, en la que se puede observar mayor número de mujeres que de hombres. En el período intercensal del 2001 al 2010 hubo un aumento de población del 16.28%.

En el contexto de la provincia de Imbabura, el cantón Otavalo posee el 26.33% de población para este censo mientras que en el 2001 fue del 26.21%, observándose un pequeño incremento.

Según el último censo de población 2010, los habitantes en el área urbana ascienden al 37.52% y en el área rural es del 62.48%. Se observa que la población rural ocupa la mayor parte del territorio. Sin embargo, es importante resaltar que las cabeceras, incluido algunas comunidades aledañas a esta cabecera de las parroquias rurales, son consideradas zonas urbanas de acuerdo a ordenanza municipal; lamentablemente no es posible acceder a este tipo de desagregación en el último censo, situación que dificulta conocer con mayor exactitud la población urbana y rural del cantón. (Cevallos, 2012)

2.1.1.7. Tasa de crecimiento demográfico

Según los datos del INEC, la tasa de crecimiento a nivel nacional durante el periodo intercensal 2001-2010 fue de 1.95%, este valor es mayor que el de la provincia de Imbabura, la cual ha tenido un comportamiento diferenciado, en donde el mayor crecimiento demográfico se dio en el período 1990-2001 que llegó al 2.01%, en cambio para el período intercensal 2001-2010 esta tasa de crecimiento desciende a 1.63%. En este contexto, el cantón Otavalo presentó para el censo 2001 una tasa de crecimiento de 2.47% en promedio, mientras que para el censo 2010 el promedio es de 0.89%.

De acuerdo a los resultados, durante la década comprendida entre 1990 al 2001 la parroquia que mayor crecimiento presentó fue San Rafael con un 86.09% en 10 años, es decir 8.61% por año, seguida por San José de Quichinche con 4.84% anual, en tercer lugar se encuentra San Juan de Ilumán con 3.07%, la ciudad de Otavalo con un 2.30% aparece solo después de la parroquia González Suárez con un 2.47%. Miguel Egas presentó un crecimiento menor en relación a las otras parroquias con un 1.94% al igual que San Pablo con 0.31%. Por otro lado Eugenio Espejo presenta valores negativos en su tasa de crecimiento y las parroquias de Selva Alegre y Pataquí tienen un decrecimiento desde esta década la cual continúa en el siguiente período intercensal. Es importante anotar que en promedio la tasa de crecimiento en la década de 1990 al 2001 fue del 21% en 10 años y del 2001 al 2010 fue del 16.28% en diez años. (Cevallos, 2012)

2.1.1.8. Densidad y Estructura poblacional

Según el plan de vida del cantón Otavalo para el año 2000 la densidad poblacional era de 146.9 habitantes por kilómetro cuadrado,

pero según el censo 2010 esta densidad aumentó en un 61.46%, es decir el valor casi se duplicó alcanzando a 239 personas por kilómetro cuadrado en promedio. La cabecera cantonal mantiene la primacía en este aspecto con 713 habitantes por Km² y Selva Alegre es la que menor densidad poblacional presenta debido a que sus 1600 habitantes se encuentran en una superficie de 178 Km², teniendo como valor 9 habitantes por Km². Es importante señalar que el promedio de habitantes por Km² a nivel de país, según el último censo es de 55.8 habitantes por Km², lo que refleja la alta densidad poblacional que tiene Otavalo. (Cevallos, 2012)

Desacuerdo a la estructura poblacional, los rangos de menos de un año hasta los 4 años presenta un número mayor de hombres en relación al número de mujeres, en el rango de 5 a 9 años hay mayor número de mujeres que de hombres, pero en el rango de 10 a 19 años es mayor el número de hombres. El rango de edad de 20 a 24 años considerada como población en edad de trabajar el número de hombres va disminuyendo en comparación con el número de mujeres, este comportamiento se debe a la mayor facilidad de movilidad que tienen los hombres, a la necesidad de buscar empleo en otros sitios y la actividad económica de venta de mercaderías o servicios que realiza la población y que obliga a movilizarse tanto interna como externamente. La información que se desprende, sirve para determinar las necesidades de la población por grupos etarios y por género. Estas necesidades varían desde tener una población infantil que requiere servicios de salud, vacunas, programas de prevención de enfermedades, guarderías, escuelas, etc., hasta la infraestructura adecuada para personas de la tercera de edad, sitios de recreación accesibles a este grupo, programas de inclusión para grupos vulnerables por ejemplo. Permite también establecer que hay un porcentaje importante de la población que se encuentra en edad reproductiva y que también demanda empleo. (Cevallos, 2012)

2.1.1.9. Estadística de personas con discapacidad en el cantón Otavalo

Según el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS) en el año 2013 se registraron en Otavalo 2130 personas con discapacidad (0.59% del total de personas con discapacidad en el Ecuador), constituyendo 519 personas con discapacidad auditiva (0.14%), 906 personas con discapacidad física (0.25%), 345 personas con discapacidad intelectual (0.1%), 50 personas con discapacidad de lenguaje (0.013%), 71 personas con discapacidad psicológica (0.019%) y 239 personas con discapacidad visual (0.066%).

2.1.2. Discapacidad

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (Lata, 2013)

2.1.2.1. Concepto de discapacidad

De acuerdo a la Organización de los Estados Americanos, la discapacidad se define como “toda deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o personal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico o social”.

Por otra parte, el Artículo 6 de La Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador, considera a la persona con discapacidad como: toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente en al menos en un treinta por ciento (30%) su participación o limitada su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria. (Montaño, 2013)

La Organización Mundial de la Salud en un intento de estandarizar el concepto desarrolló la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En éste modelo se considera la discapacidad como una condición de salud que lleva a deficiencias, limitación en actividades y restricciones en la participación dentro de factores contextuales. 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. (Chana, 2009)

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo, universal causado por la restricción o ausencia de actividades diarias necesarias debido a una deficiencia ya sea corporal o de funcionamiento,

manifestando una acción recíproca entre las características del organismo humano, factores ambientales y sociales.

2.1.2.2. Definición Legal de Discapacidad

El ministerio de relaciones laborales (Ministerio de relaciones laborales, 2013), aclara que según la Ley Orgánica de Discapacidades, publicada en Registro Oficial el 25 de Septiembre de 2012, define claramente a quiénes se les otorga el reconocimiento legal de personas con discapacidad en nuestro país según el Artículo 6 de Persona con discapacidad: “Se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales, con independencia de la causa que lo hubiere originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa, para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”. De acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades, la Autoridad Sanitaria Nacional, es la entidad a la que le corresponde el proceso de calificación y certificación de discapacidad, así como el Registro Nacional de Discapacidades. En la actualidad, el carné de discapacidad, es el documento habilitante que permite el reconocimiento legal de las personas con discapacidad; sin embargo posteriormente esta información será consignada de manera directa en la cédula de ciudadanía otorgada por el Registro Civil.

2.1.2.3. Datos Mundiales sobre Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2011) con el apoyo del Grupo del Banco Mundial publicó el Informe Mundial sobre la Discapacidad; en el cual a nivel mundial se señala

que existen más de mil millones de personas con alguna discapacidad, que representa el 15% de la población mundial en su totalidad.

2.1.2.4. Datos Nacionales sobre discapacidad

El último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), determina que la población total nacional asciende a 14'306.000 habitantes; de ellos el 5,64% corresponde a personas con discapacidad. En el año 2012 la Misión Solidaria Manuela Espejo, mediante un estudio investigativo, ejecutado durante los años 2009 y 2013, señala que a través de acciones realizadas por el gobierno, se manifiesta el compromiso por la atención enfocada hacia las personas con discapacidad, como un grupo de atención prioritaria. Se determina además que en nuestro país existen 294.304 personas con discapacidad. En la provincia de Imbabura existe 22660 personas con discapacidad, correspondiendo al 0.15% de la población ecuatoriana. Los registros del cantón Otavalo ascienden a 6124 personas con discapacidad (0.04%) de las cuales en la parroquia urbana hay 1950 personas (0.01) de la población ecuatoriana. En el Cantón Otavalo los datos de registro establecidos por el CONADIS es de 2130 personas con discapacidad (0.01% de la población ecuatoriana), siendo una tasa mínima en relación con a los datos del INEC.

2.1.2.5. Deficiencias que originan la discapacidad

Genéticas: Son transmitidas de padres a hijos.

Congénitas: Se refiere a aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación.

Adquiridas: Ocasionadas por una gran cantidad de enfermedades producidas después del nacimiento, o por accidentes de tipo doméstico, de tránsito, violencia, laborales, etc. (FENEDIF, 2013)

2.1.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

En la actualidad la OMS, ha establecido una clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF) aparece en junio con el objetivo de brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”, que permita describirle funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. La mayor virtud de esta clasificación es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de los pacientes enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro.

2.1.3.1. Objetivos de la CIF

Se busca mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

2.1.3.2. Aplicaciones de la CIF

Las utilidades de esta clasificación son múltiples: puede ser utilizada en varias disciplinas y transitoriamente; por ejemplo como herramienta clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados; como herramienta de política social en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas; como herramienta educativa para diseño del currículum, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales. (Chana, 2009)

2.1.3.3. Elementos y Componentes de funcionamiento y discapacidad

El Modelo se establece en dos grandes partes: la primera que agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes: Funciones y Estructuras Corporales; y Actividades y Participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados Factores Contextuales con dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.

2.1.3.4. Elementos de funcionabilidad y discapacidad

Pueden utilizarse para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos en el concepto de discapacidad; entre estos tenemos:

Funciones corporales, son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras, son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Actividades y Participación, cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

2.1.3.5. Componentes de Factores Contextuales

Factores Ambientales, constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Además, ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

El “constructo” básico de los Factores Ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.

Factores Personales, son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

En conclusión, la CIF no es una Clasificación de personas. Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de la salud y de los factores contextuales, es la que produce la discapacidad. Es importante

que los individuos no sean reducidos o caracterizados sólo sobre la base de sus deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. (Chana, 2009).

2.1.4. Modelos del Funcionamiento y de la Discapacidad

Los modos de comprender y clasificar la discapacidad son diversos, de acuerdo con la CIF (Muñoz, 2010), los más avalados son:

2.1.4.1. Modelo Medico Biológico de la discapacidad

Considera a la discapacidad como un problema de la persona a consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, dirigidos a conseguir la cura y mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta. Además se establecen medidas compensatorias como son ayudas técnicas. Este modelo se representa en: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

2.1.4.2. Modelo social de la discapacidad

Considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias

para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

2.1.4.3. Modelo Político Activista o de las minorías de la discapacidad

El modelo de las minorías colonizadas o político activista de la discapacidad es semejante al de la discapacidad social; no obstante, incorpora las luchas de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva se considera a estas personas como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es miembro de un grupo minoritario. La posición de la persona con discapacidad dependería de la población y abandono social y político en el que se encuentran y el problema estaría en la incapacidad de la sociedad para resolver las necesidades de estas personas. Además de que el modelo médico sería en este caso dominante. Este modelo se enfatiza en retomar por movimientos que favorecen los derechos civiles y luchan por su derecho a formar un colectivo integrado con una identidad definida por los mismos discapacitados. Este grupo les daría la posibilidad de plantear estructuras asistenciales, tanto como las personas con discapacidad lo requieren, y limitarían de esta forma la marginación y el estigma de los que se sienten sujetos.

2.1.4.4. Modelo Universal de la discapacidad

Plantea que la discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo. La discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la condición humana. Todo ser humano tenemos capacidades y falencias significa, en esencia, ser limitado o, por

decirlo de otra manera, ser relativamente incapaz, de forma que no hay ser humano que posea un total repertorio de habilidades que le permita adaptarse a diferentes demandas de la sociedad y del entorno. Modelo Biopsicosocial de la discapacidad

Basado en la integración del modelo médico biológico y social con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento; es decir es la integración del cuerpo, mente y ser social para constituir una igualdad de condición. Esta integración sustenta la discapacidad y enfatiza a implementar la atención sanitaria como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

2.1.4.5. Semejanzas de los Modelos de la CIF

Los modelos de la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud analizados en conjunto son acontecimientos importantes que determinan a una discapacidad, donde sin duda alguna el elemento base es la deficiencia o cambio de la función o estructura, con limitaciones en diferentes aspectos y que se ve afectada por factores sociales o políticos. Todos estos modelos de igual manera buscan beneficiar con aspectos positivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

2.1.4.6. Diferencias de los Modelos de la CIF

Los modelos de la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud establecen un análisis basado cada uno en un aspecto diferente que define a la discapacidad.

Analizando cada uno de los modelos de la CIF, se asume que la discapacidad debe ser vista como un fenómeno universal, ya que es una característica de la condición humana, a la cual todos estamos situación de riesgo y podemos tener limitaciones que nos impidan adaptarnos a las demandas sociales y del entorno. Este modelo sugiere aceptar y valorar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo.

2.1.5. Clasificación de la discapacidad en el Ecuador

De acuerdo al registro nacional de Discapacidades establecido por el CONADIS, los tipos de discapacidades existentes en el Ecuador son: física, intelectual, psicológica y sensorial (auditiva, visual y de lenguaje). (FENEDIF, 2013)

2.1.5.1. Discapacidad Física

La discapacidad física es una condición funcional del cuerpo humano (deficiencia) que puede ocasionar dificultad o imposibilidad motora es decir; limitación y restricción para realizar actividades básicas de la vida diaria como: caminar, correr, tomar cosas en las manos, subir gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, para acceder a lugares que tengan barreras físicas, entre otras. Estas deficiencias pueden ser evidentes (amputaciones, paraplejía, hemiparesia, etc.), y pueden causar daño y la limitación en la función de órganos internos, que en muchas ocasiones pueden ser imperceptibles.

2.1.5.2. Discapacidad Psicológica

Se refiere a las deficiencias y/o trastornos del comportamiento, del razonamiento, de los estados de ánimo, crónicos y permanentes que afectan su capacidad de juicio crítico sobre sí mismo y sobre los demás; En este tipo de discapacidad se encuentran personas con trastorno bipolar, trastorno psicótico, esquizofrenia, entre otras.

2.1.5.3. Discapacidad Intelectual

Se refiere a las deficiencias cognitivas que dificultan la comprensión de ideas complejas, así como la capacidad de razonar, de abstracción y de anticipar los peligros. La característica principal es la dificultad para aprender y poder ejecutar algunas actividades de la vida cotidiana.

2.1.5.4. Discapacidad Visual

Se refiere a personas que presentan ceguera y baja visión. En ambas situaciones estaríamos hablando de personas con un alto grado de pérdida de visión, que causa dificultad en la movilidad y la orientación.

2.1.5.5. Discapacidad Auditiva

Se refiere a personas que presentan sordera debido a que no han desarrollado el sentido del oído o han perdido la capacidad de escuchar, situación que dificulta la comunicación con su entorno. Muchos de estos casos se ven acompañados por la ausencia de lenguaje, circunstancia que requiere del uso de audífonos y la expresión mediante la lengua de señas.

2.1.5.6. Discapacidad del Lenguaje

Se refiere a personas que presentan deficiencia para la expresión verbal que dificulta la comunicación y la interrelación; puede producirse de manera vinculada a la sordera, o ser una secuela de otro tipo de lesiones.

2.1.6. Factores o barreras de la discapacidad

La CIF establece que el entorno desempeña el papel fundamental para facilitar o restringir la participación de las personas con discapacidad, por lo que de acuerdo al informe mundial de discapacidad (OMS, 2011), por lo que se aporta los siguientes factores o barreras:

Políticas y normas insuficientes

La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Hay un déficit habitual en las políticas educativas debido a falta de incentivos económicos y de otro tipo orientados a que los niños con discapacidad acudan a la escuela, así como la falta de servicios.

Actitudes negativas

Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social. Por ejemplo, las actitudes de los maestros, administradores escolares, otros niños e incluso familiares influyen en la inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas convencionales. Los conceptos erróneos de los empleadores

de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias.

Prestación insuficiente de servicios

Las personas con discapacidad son vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como: atención de salud, rehabilitación, asistencia de apoyo.

Problemas con la prestación de servicios

La mala coordinación de servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para personas con discapacidad. Según datos de la encuesta mundial de salud en 51 países las personas con discapacidad tenían el doble de probabilidades de considerar que personal de salud carecían de competencia adecuada para atender sus necesidades, una probabilidad de cuatro veces mayor de ser tratadas mal, una probabilidad de tres veces mayor de que se les negara el servicio de salud necesario. Muchos cuidadores están remunerados y tienen una formación insuficiente.

Financiación insuficiente

Los recursos asignados a poner en práctica políticas y planes son a menudo insuficientes. La falta de financiación efectiva es un obstáculo

importante para la sostenibilidad de servicios sea cual sea el nivel de ingresos del país. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubiertas sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas, en muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos no pueden proporcionar servicios adecuados.

Falta de accesibilidad

Muchos lugares públicos, sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas. La falta de acceso al transporte es un motivo común para que personas con algún tipo de discapacidad se sientan excluidas y les desalienta a buscar trabajo, moverse, entre otras. En algunos países existen leyes para accesibilidad, pero con bajo nivel de cumplimiento. Además, las personas con discapacidad en comparación con las no discapacitadas tienen una tasa más baja en el uso de tecnologías de información y comunicación (teléfono, internet, televisión, etc.).

Falta de consulta y participación

Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida. Por ejemplo, donde las personas con discapacidad no pueden decidir y controlar cómo se les preste apoyo en sus hogares.

Falta de datos y pruebas

La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas. Conocer el número de personas con discapacidad y sus circunstancias puede mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad. Por ejemplo, para facilitar la identificación de intervenciones ambientales rentables deben estudiarse mejor el entorno y sus efectos sobre los diferentes aspectos de la discapacidad.

2.1.7. La normatividad de la discapacidad

La discapacidad es ubicada como una limitación funcional de la persona, que en todo caso el entorno puede subsanar a través de una determinada normativa de construcción, es por ello que se han creado diversas políticas que contribuyen con mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad, una de las políticas es la inclusión. Esta tiene como fin, facilitar el acceso a la educación, el trabajo y la salud como ejes fundamentales de la integración social. La estrategia de inclusión debe ir siempre en relación a la problemática de la discapacidad, tomando como referencia las políticas públicas sostenidas por un país. (Contino, 2012)

2.1.7.1. Inclusión Social y Laboral

En la antigüedad los discapacitados eran excluidos del accionar social, hoy el problema social ya recibe atención desde múltiples factores sociales y diversas vertientes científicas. Los países internacionales son los que iniciaron el pacto de un cúmulo de Convenciones que, a pesar

de no tener carácter vinculante, establecen el régimen internacional para la protección y atención de los discapacitados. Ecuador también ya ha implementado varias políticas sociales, en base a leyes constitucionales, para garantizar la integración social y laboral de los discapacitados; siendo uno de los países Latinoamericanos que más avances ha alcanzado en los últimos años por parte de la Vicepresidencia de la República modificando concepciones y creencias sobre la inserción laboral de las personas con discapacidad, mejorando las condiciones de vida de estos individuos y sus familias. Dentro de los proyectos realizados por la Vicepresidencia del país se encuentra el 14 programa “Misión Solidaria Manuela Espejo”, iniciado en julio 2009, y el programa “Joaquín Gallegos Lara”.

La inclusión laboral de personas con discapacidad es un tema que se origina en la obligatoriedad establecida por el Gobierno de la República del Ecuador en el año 2005. A partir del año 2006, el Código del Trabajo del Ecuador establece la incorporación de por lo menos una persona con discapacidad en empresas que cuentan con un número mínimo de veinticinco trabajadores. Es de suma importancia continuar integrando a personas con discapacidad a un ambiente laboral, recibiendo previas capacitaciones y mejorando rendimiento en el trabajo. (Montaño, 2013)

2.1.7.2. Inclusión a la Educación

El movimiento de personas con discapacidad parte de la convicción de que la hacer más efectivo el derecho a la educación de los grupos clasificados como anormales y excluidos del sistema escolar, o segregados en instituciones especiales, sólo puede darse por medio de una educación inclusiva que problematice esta categorización y tenga como objetivo una educación para todos y todas juntos/as. Sobre la base de la igualdad de oportunidades, se trata de asegurar un sistema de

educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida y que las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad; se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva. De igual forma en la docencia se debe contribuir y tomar medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad. (Cobeñas, 2012).

En el Ecuador, de acuerdo al Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) solamente el 23 % de menores de edad que tienen discapacidad, asisten a la escuela en la región, apenas el 8 % de ellos está incluido en el sistema de educación regular y alrededor del 40 % no recibe ningún tipo de instrucción. Esta baja asistencia deriva de una severa falta de transporte, capacitación de los maestros, equipamiento, mobiliario, materiales didácticos y acceso a una infraestructura escolar adecuados. El numeral 4 del Artículo 47 de la Constitución indica que: “El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un

sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo”. El Plan Nacional de Educación Inclusiva propone como política la “Universalización del acceso, permanencia y promoción en todos los niveles y modalidades del sistema educativo ecuatoriano equiparando oportunidades para los estudiantes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad y superdotación”. Para ello es importante considerar, no solo la capacitación de las y los maestros sino también incluir los estándares de accesibilidad en las nuevas construcciones que se están realizando como las Escuelas del Milenio y las remodelaciones a cargo de la Dirección Nacional de Servicios Educativos. (Maldonado, 2010). El objetivo de una educación inclusiva es integrar a todas y todos los niños a la enseñanza, transformando sistemas educativos y entornos de aprendizaje con el fin de mejorar la calidad de vida de los estudiantes, principalmente aquellos que estén expuestos a discriminación y exclusión, debido a una enfermedades discapacitantes.

2.1.7.3. Inclusión a la Salud

De acuerdo a un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas con discapacidad son tres veces más propensas que el resto de la población a que se les niegue la atención sanitaria que requieren, afectando la calidad de vida, e incrementándose la tasa de morbi- mortalidad. Del total mundial, poco más del 40 % de la población discapacitada se encuentra en los diferentes países de América Latina y el Caribe. Una situación muchas veces desconocida e ignorada por buena parte de los gobiernos de turno en esta región. Una de las formas para combatir esta limitante a obtener una salud de calidad es lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud. Debido a esto se han

tomado medidas por parte de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) con la decisión de iniciar en sus países constituyentes un programa de atención integral de alto impacto bajo el liderazgo técnico cubano. En el Ecuador, se inicia en el año 2006 la Misión Solidaria Manuela Espejo compuesta estructuralmente por cuatro grandes bloques de actuación: diagnóstico, respuesta, prevención e inclusión. El primer bloque de actuación consiste en la implementación de un diagnóstico biológico y psicosocial, clínico y genético, de la población discapacitada en todo el territorio ecuatoriano. El segundo bloque denominado "Operación Respuesta" con el objetivo de hacer llegar las ayudas técnicas a las personas ubicadas y geo-referenciadas en el diagnóstico. Además de crear centros de salud para una mejor atención médica. El tercer bloque que incentiva la prevención y dinamiza uno de sus fines principales y se complementa con otros programas sociales de cooperación internacionalista cubana como la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), al desarrollar los mecanismos necesarios para que la incidencia de casos con discapacidad se reduzca significativamente en el Ecuador. Y el cuarto bloque que se enfatiza en incluir a personas discapacitadas a un buen acceso al área de salud y las otras áreas laborales, sociales y educativas que son necesarias para una mejor calidad de vida de personas con discapacidad. (Monje, 2013)

Hoy en día debido a programas como la misión solidaria Manuela Espejo hay una mejor atención en salud, especialmente para personas con discapacidad. En el Ecuador, según el artículo 19 de la ley orgánica de discapacidad, establece:

Todas las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de salud. Para que este derecho se cumpla el estado debe garantizar que las personas tengan acceso a los derechos de salud en promoción, prevención, atención especializada permanente prioritaria, habilitación y rehabilitación. La atención integral a las personas con discapacidad es

responsabilidad del Ministerio de salud del Ecuador, a través de la red pública integral de la salud.

2.2. Marco legal y jurídico

Según la Constitución de la República del Ecuador del 2008 (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008), el capítulo tercero correspondiente a los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección sexta personas con discapacidad establece:

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

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributarlo.
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado

de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

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

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

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

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

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

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

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

3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.
6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.
7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

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

En el Reglamento a la ley orgánica de discapacidades Capítulo I Generalidades (Delgado, 2013), Art. 1.- define a la persona con discapacidad como 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 una proporción equivalente al cuarenta por ciento de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 2.- De la persona con deficiencia o condición incapacitantes.- Se entenderá por persona con deficiencia o condición incapacitantes, aquella

que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que aun siendo sometidas a tratamientos clínicos o quirúrgicos, su evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de un (1) año de evolución, sin que llegue a ser permanente.

Ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al plan nacional de buen vivir 2013 -2017. (SENPLADES, 2013)

La implementación de la ANID plantea un trabajo coordinado con la institucionalidad del Estado para asegurar la observancia en los siguientes ejes de políticas.

Sensibilización:

Derechos de las personas con discapacidad
Respeto a su dignidad inherente
Erradicar toda forma de discriminación.

Participación: Ejercicio de una ciudadanía inclusiva, Participación e integración social basada en la diversidad.

Prevención: Atenuar el impacto de los factores de riesgo, que generan discapacidad.

Salud: Responder a las necesidades específicas de las personas con discapacidad

Educación: Acceso a una educación inclusiva y especializada de calidad a las personas con discapacidad que atienda sus necesidades específicas.

Trabajo: Inclusión Laboral digna promoviendo la formación técnica y profesional de las personas con discapacidad.

Accesibilidad:

Acceso al medio físico.

Servicios de transporte.

Tecnologías de la información y comunicación.

Turismo, cultura, arte, deporte y recreación:

Fomentar la participación y el desarrollo de las personas con discapacidad.

Protección y seguridad social:

Acceso de las personas con discapacidad a todos los bienes y servicios sin discriminación.

Legislación y justicia:

Cumplimiento y defensa de los derechos de las personas con discapacidad establecidos en la normativa vigente.

Vida libre de violencia:

Garantizar que las personas con discapacidad, así como sus familiares y las personas que proveen de cuidado, tengan una vida libre de violencia.

Política pública y rendición de cuentas:

Lograr que el enfoque de discapacidad sea transversalizado en la política pública, normativa, planificación y gestión institucional.

CAPÍTULO III.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de la investigación

Corresponde a la investigación descriptiva, explicativa y correlacional.

La investigación fue descriptiva la cual consiste en “buscar especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1998). Al ser descriptiva se efectúa un análisis y medición de todos los componentes de la tesis.

En la investigación explicativa se va “establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian”. (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1998).

Fue explicativa porque se dará a conocer las definiciones, conceptos, aspectos legales y técnicos referentes a las discapacidades de la geo referencia en estudio.

3.2. Enfoque de la investigación

Se realizó una investigación cuali –cuantitativa, la cual consiste en utilizar la recolección de datos para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, a través de una medición numérica.

3.3. Diseño de investigación

El estudio realizado es no experimental, de corte transversal, durante un período de cuatro meses que corresponde de febrero a junio 2014.

3.4. Población y Muestra

El total de la población que habita en las parroquias urbanas del cantón Otavalo Imbabura es de 30.965 personas, se visitó a 1567 viviendas de las cuales para el presente estudio se han detectado 108 personas con discapacidad que residen en la parroquia el Jordán, año 2014.

Los Barrios de la Parroquia El Jordán encuestados son los siguientes:

- Barrio Copacabana
- Barrio Los Portales
- Barrio El Batán
- Portales de San Juan
- Barrio San Juan
- Ciudadela Yanayacu Primera Etapa
- Ciudadela Yanayacu Segunda Etapa
- Cooperativa Vivienda CSA
- Cooperativa Ángel Escobar Paredes
- Urbanización Bosques de San Pedro
- Cooperativa Marco Proaño
- Ciudadela Jacinto Collahuazo Cuarta Etapa
- Barrio San Eloy
- Urbanización Los Pinos
- Urbanización Jardines de Otavalo

- Cooperativa Transportes de Otavalo
- Ciudadela Los Lagos
- Urbanización San Nicolás
- Cooperativa Agrícola Cotama
- Urbanización Huertos Familiares
- Urbanización María José
- Urbanización El Valle
- Urbanización Jaime Pérez Montalvo
- Ciudadela Imbaya
- Urbanización IOA
- Urbanización La Victoria
- Urbanización Jardín
- Ciudadela Jacinto Collahuazo Primera Etapa
- Urbanización Rio Verde
- Miravalle
- Ciudadela Rumiñahui
- Ciudadela Manuel Córdova Galarza
- Ciudadela Jacinto Collahuazo Segunda Etapa
- Plan de Vivienda Venezuela
- Urbanización Antonio Mejía
- Barrio Monserrat
- Urbanización San Sebastián
- Cooperativa Valle del Amanecer
- Barrio La Florida
- Barrio San Sebastián
- Barrio El Cardón

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	CONTEXTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Discapacidad	La discapacidad es un fenómeno complejo, universal que causado por la restricción o ausencia de actividades diarias necesarias debido a una deficiencia ya sea corporal o de funcionamiento. Además, refleja una interacción entre las características del organismo humano, factores ambientales y sociales.	Física Psicológica Intelectual	Amputación Paraplejía, Hemiparesia, etc. Trastorno bipolar Trastorno psicótico Esquizofrenia, entre otras. Dificultad para aprender Dificultad para ejecutar actividades de la vida cotidiana. Ceguera Baja visión	Encuesta Observación

		Visual Auditiva Lenguaje	Sordera parcial Sordera Total Deficiencia de expresión verbal	
VARIABLE DEPENDIENTE Diagnóstico Geo referenciado	Es el resultado luego de un estudio, una valoración o análisis, que determina la situación	Características Socio- Demográficas	Edad Sexo o Género	Encuesta GPS

	actual de una persona; además de definir específicamente la localización de sus viviendas en el espacio, mediante sus coordenadas,			
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Encuesta

Debido a los objetivos que se planteó alcanzar en la investigación se utilizó la encuesta, técnica que consiste en la obtención de datos procedentes de todos los elementos de la población u objeto de estudio, en un tiempo determinado y siguiendo un cuestionario previamente estructurado y validado.

Se realizó con asesoramiento Gubernamental y apoyo logístico institucional, a través de medios informáticos como GPS y la instalación del programa ODK collet autoajustado con el cuestionario correspondiente para la recolección de datos respectiva.

3.6.2. Procedimientos para la captura de datos

La información se recolecto por el equipo investigador. El procedimiento de la captura de datos que sustentara la investigación será el siguiente:

Instalación del programa ODK collet con el adecuado cuestionario que se realizara. Entrevista de casa en casa a la población de la parroquia urbana El Jordán del cantón Otavalo. Identificación previa de las personas con discapacidad, y posteriormente realización de la encuesta o censo a dichas personas, además de la toma de coordenadas por medio de un GPS. Colocación de un sello de censo a cada uno de los domicilios de la parroquia El Jordán, especificando a la población con discapacidad.

3.6.3. Procedimientos para el procesamiento de los datos

Para el procesamiento de datos se empleó el Programa Epi-Info, versión 3.5.4 se presentará por medio de tablas de frecuencia relativa, que pueden expresarse en porcentajes.

3.6.4. Procedimientos para presentar e interpretar los datos

La información recopilada para este caso se observó en histogramas que representan los valores de cada resultado obtenido, a través del programa EPI INFO.

3.7. Validez y confiabilidad de la investigación

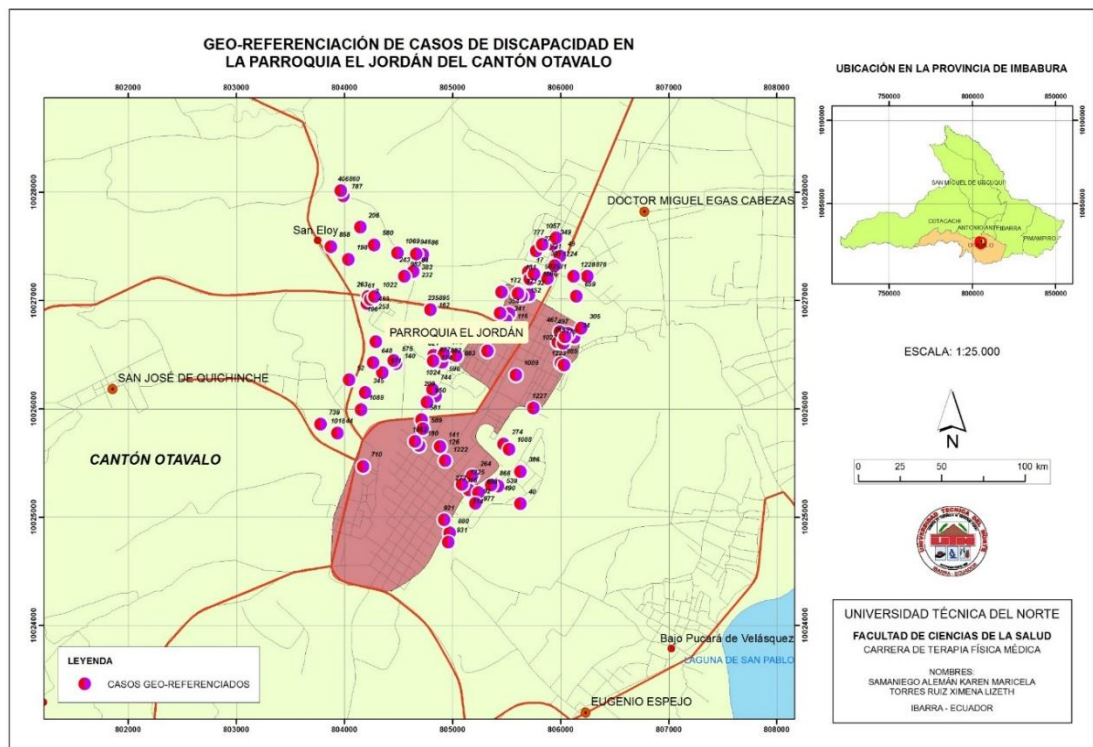
La encuesta utilizada en el estudio está basada en la herramienta denominada: “Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad del Plan Nacional de Atención a las personas con Discapacidad de la República de Colombia”. Instrumento que fue adaptado y validado por docentes de la carrera de Terapia Física Médica, Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de Febrero del año 2014 y revisado por expertos en Discapacidad.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

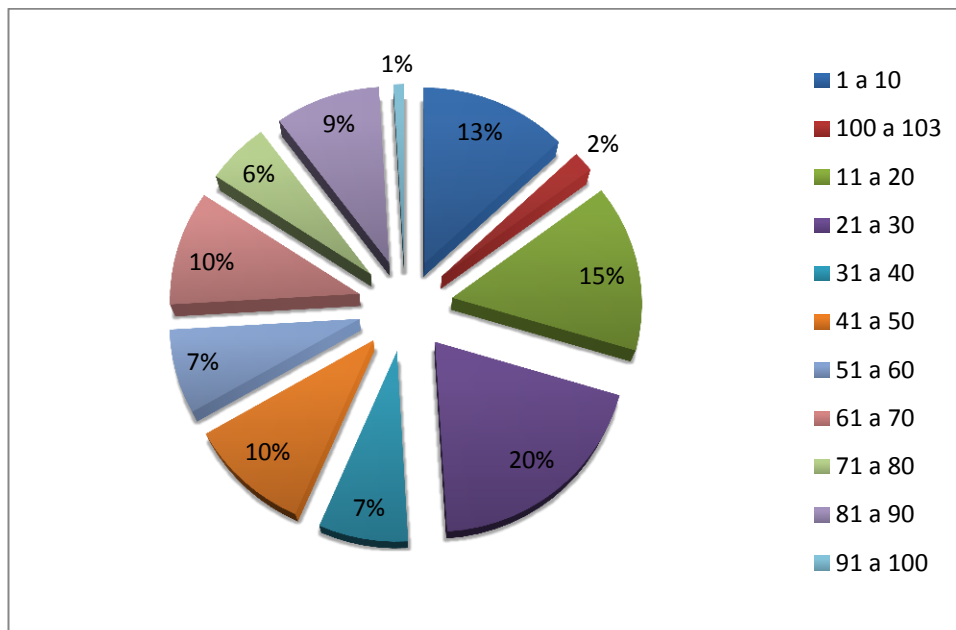
4.1. Tabulación, análisis e interpretación de los resultados

Gráfico 1 Mapa georeferenciado de la parroquia urbana el Jordán del cantón Otavalo.



El total de la población que habita en las parroquias urbanas del cantón Otavalo Imbabura es de 30.965 personas, se visitó a 1567 viviendas de las cuales para el presente estudio se han detectado 108 personas con discapacidad en la parroquia urbana El Jordán sector centro de Otavalo.

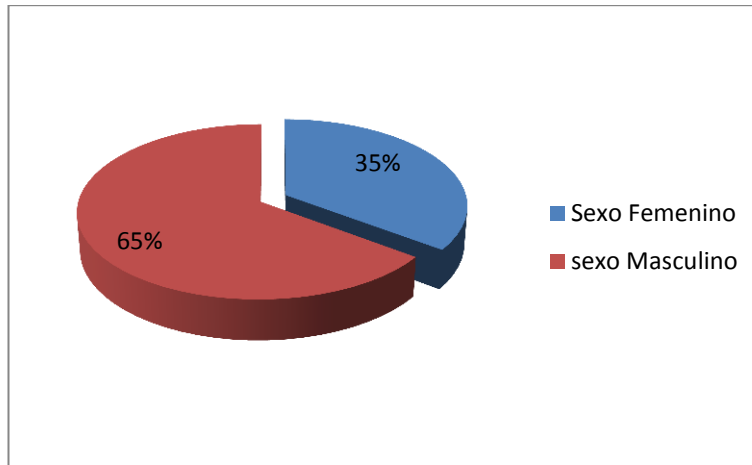
Tabla 1 Edad



Análisis:

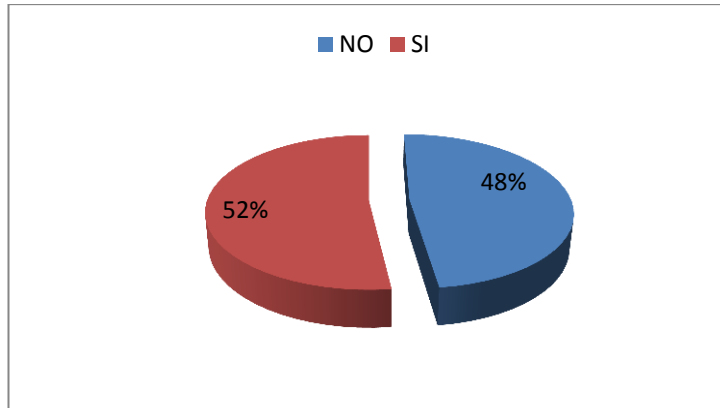
De acuerdo con los datos obtenidos en censos a nivel de Latinoamérica y a nivel mundial (Stang, 2011), la prevalencia de personas con algún tipo de discapacidad es en adultos mayores cuya edad es a 65 años contradiciendo los datos obtenidos por la presente investigación en donde se obtuvo que la edad de mayor incidencia de personas con discapacidad es en adultos jóvenes cuya edad oscila entre 21 a 30 años (21%); es decir en edades productivas.

Tabla 2 Sexo o género



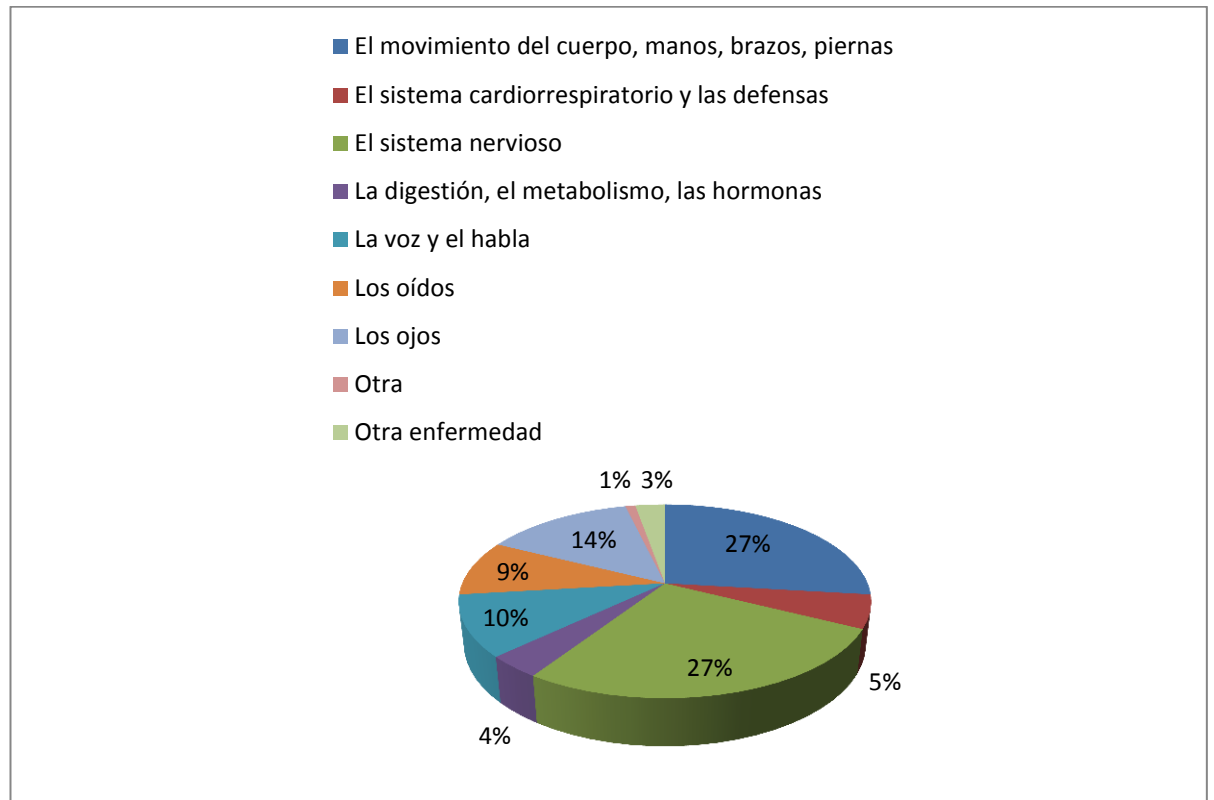
Análisis: En el siguiente gráfico podemos apreciar que el 65 % de la población con discapacidad encuestada pertenecen al sexo masculino y el 35 % de la los individuos investigados corresponden al sexo femenino, estos datos contradicen a los datos que se obtienen a nivel de latino américa y a nivel mundial en donde hay prevalencia en personas con discapacidad de sexo femenino. (Stang, 2011)

Tabla 3 Recibe algún servicio del gobierno



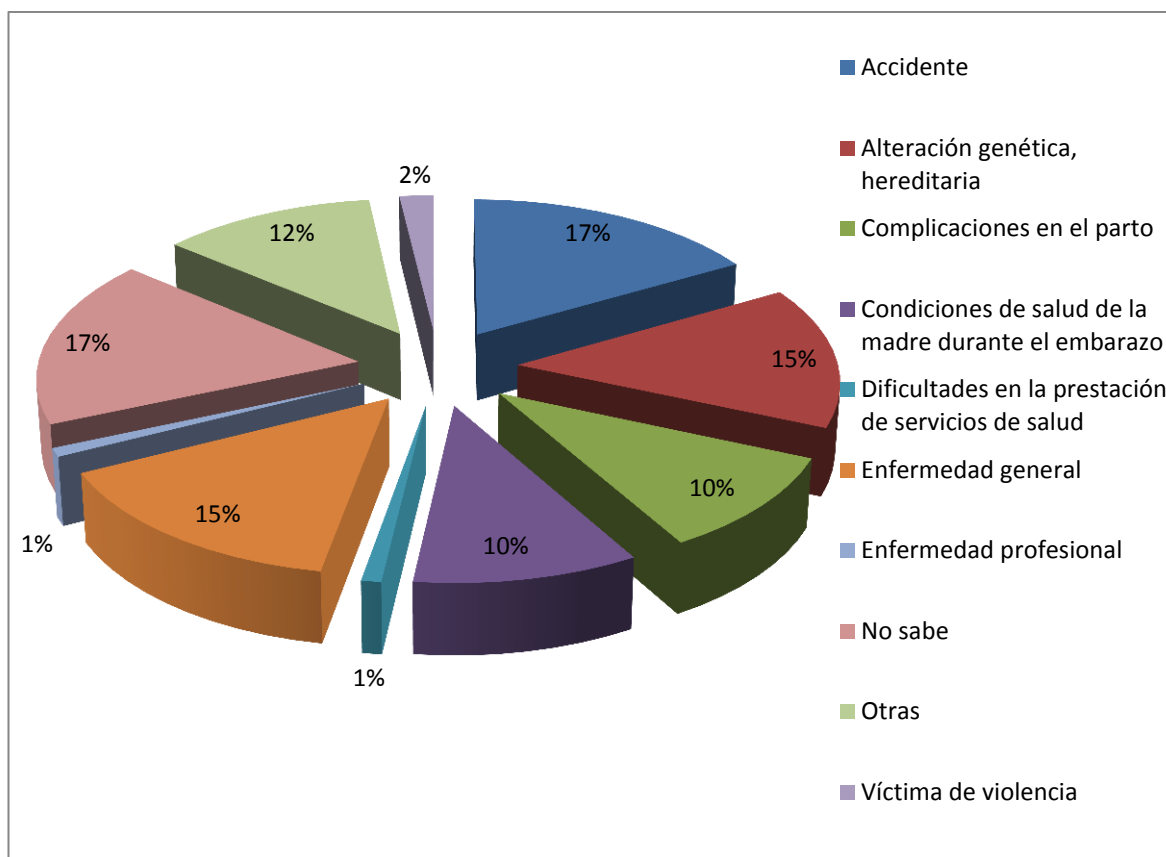
Análisis: En lo referente a los servicios otorgados por el gobierno las políticas del plan nacional de desarrollo de discapacidades (SENPLADES, 2013), indica: fomentar programas inclusivos o específicos de atención a las personas con discapacidad esto relacionado con los resultados obtenidos en nuestra investigación se ha cumplido parcialmente debido a que se detectó que el 52% de esta población eran beneficiados de servicios de ayuda implementados por el gobierno y el 48 % de la misma población que no es beneficiario.

Tabla 4 Condición de salud con mayor incidencia en personas con discapacidad



Análisis: En la investigación realizadas por la Misión Solidaria Manuela Espejo (Monje, 2013), se identificó que la condición de salud de mayor prevalencia es físico motora, lo cual concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio, donde se puede evidenciar que del total de la población con discapacidad encuestada, la condición de salud con mayor incidencia correspondiente al 27 % se debe por alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y alteración del Sistema Nervioso Central, y con menor incidencia se observa el 14% alteraciones en la vista, el 10% alteraciones en la voz y habla, el 9% alteraciones de audición, el 5% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el 4% en la digestión, el metabolismo, las hormonas y otro tipo de enfermedad.

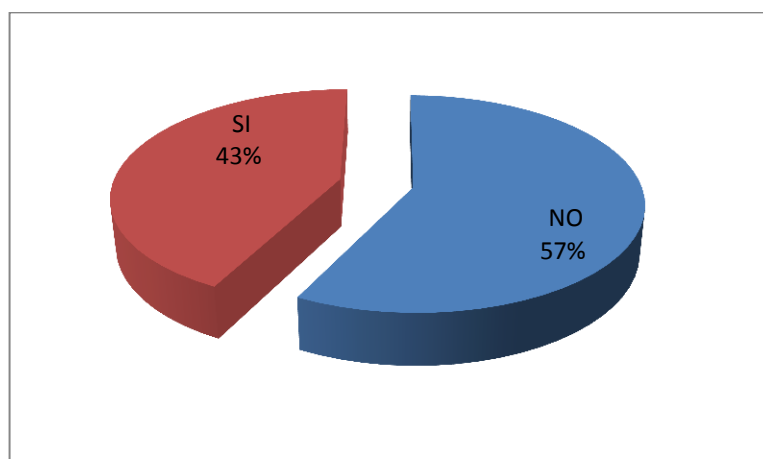
Tabla 5 Principalmente la discapacidad es consecuencia de:



Análisis: En la siguiente tabla se puede evidenciar que del total de la población con discapacidad encuestada, el 17% de las personas no saben cuál fue la consecuencia de su discapacidad, lo que es preocupante ya que no tienen la información necesaria aunque sean personas que habitan en un sector urbano del cantón. También se evidenció que el 17% es ocasionado por accidentes y el 15% es consecuencia algún tipo de alteración genética, hereditaria.

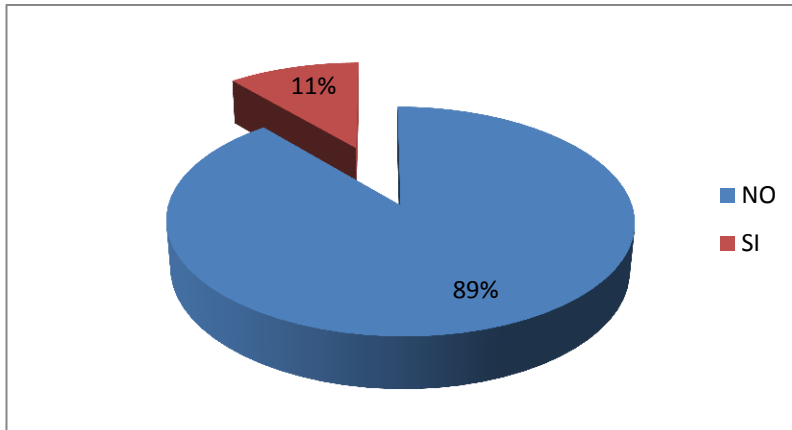
Tabla 6 Tipo de rehabilitación que le ordenaron

Fisioterapia



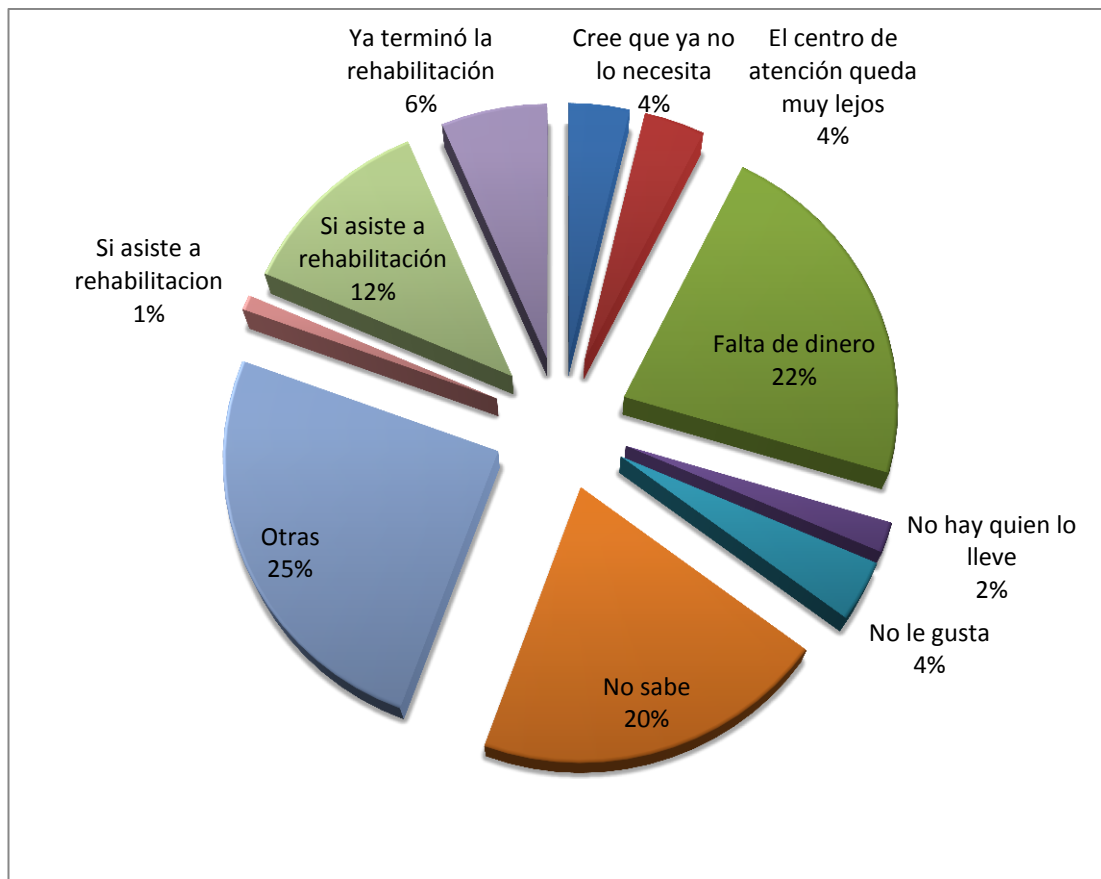
Análisis: Lo concerniente a los servicios de salud en lo referente a rehabilitación la defensoría del pueblo del Ecuador de acuerdo con los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos. En su artículo 26 conviene que los Estados Partes organizaran, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación en todos los ámbitos en especial en intervención fisioterapéutica (MEC, 2009), de acuerdo con los resultados obtenidos en la siguiente tabla se puede observar que el 43% de la población con discapacidad encuestada se le ha ordenado realizar rehabilitación fisioterapéutica, en comparación con el 57% de las mismas que no se le ha recomendado realizar ningún tipo de rehabilitación pese a que la población en cuestión si necesite realizar rehabilitación fisioterapéutica.

Tabla 7 Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación



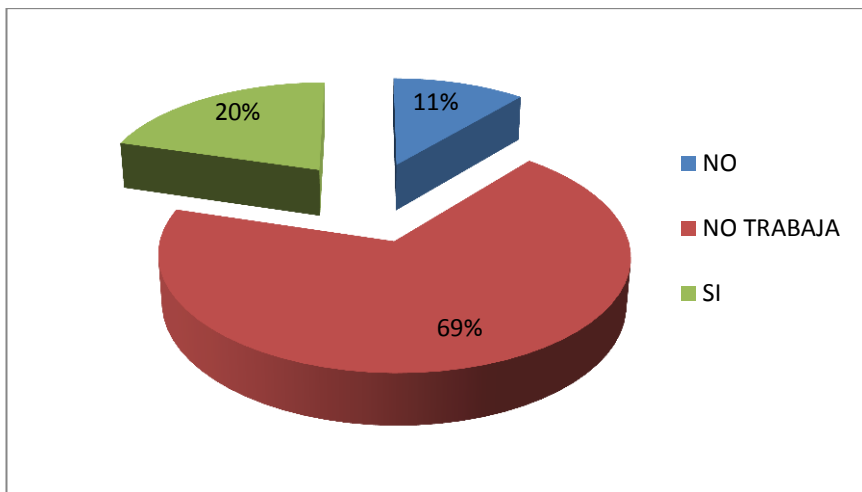
Análisis: En la tabla se puede observar que la población con discapacidad que se le había ordenado realizar fisioterapia tan solo el 11% de las mismas que si acuden al servicio de rehabilitación y se evidencia una importante tasa que corresponde al 89 % de personas con discapacidad que no asiste al servicio de rehabilitación, estas son cifras de gran interés puesto que la población en estudio reside en una parroquia urbana prácticamente en el centro de la ciudad y a pesar de ello no asisten a ningún servicio de rehabilitación.

Tabla 8 Por qué no recibe servicio de rehabilitación



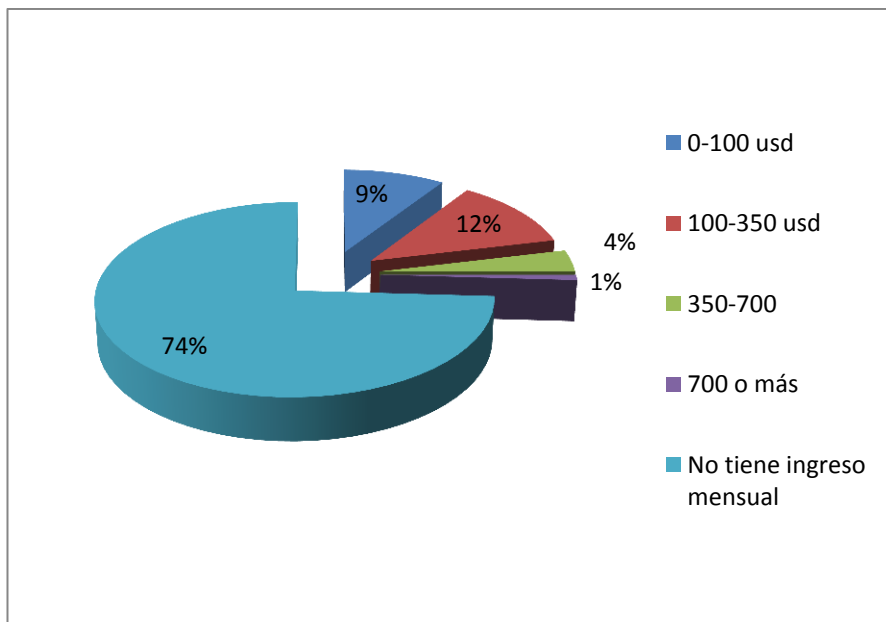
Análisis: En la presente tabla se puede observar que el 25% de la población investigada manifestó que existe otra causa no manifestada por la cual no asiste al servicio de rehabilitación, el 22% por falta de recursos económicos y el 20% desconocen la existencia de servicios de rehabilitación pese a que la ciudad de Otavalo cuenta con instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen los servicios de rehabilitación de forma gratuita ,a pesar de ello es evidente la falta de conocimiento por parte de la población en estudio sobre la existencia de servicios de rehabilitación con los que cuenta el cantón.

Tabla 9 La capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de la discapacidad.



Análisis: En la siguiente tabla se puede apreciar que el 11 % de esta población reveló que su capacidad para desempeñarse en el ámbito laboral no se vio afectada a consecuencia de su discapacidad. Sin embargo es preocupante que el 69% de la población encuestada manifestó que su capacidad para el trabajo se había visto afectada a consecuencia de su discapacidad motivo por el cual este grupo de personas no trabaja, pese a que los ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 estipulan salvaguardar y promover el derecho al trabajo de las personas con discapacidad, sin discriminación, en igualdad de derechos laborales y considerando las condiciones específicas de cada persona con discapacidad (CONADIS, 2014), es evidente que estas políticas no se han cumplido a cabalidad y que continúa existiendo estereotipos discriminatorios en el ámbito laboral.

Tabla 10 ¿Cuál es el ingreso mensual promedio?



Análisis: En la tabla se evidencia que el 74% de la población con discapacidad no tiene ingreso mensual promedio debido a que la mayor parte de la misma no desempeña ninguna actividad laboral, mientras que el 1% de esta entidad si tiene in ingreso mensual que oscila entre 700 dólares o más.

4.2. Discusión de resultados

En los datos obtenidos de nuestra investigación realizada a la población con discapacidad en la parroquia urbana El Jordán del cantón Otavalo observamos que existe prevalencia de discapacidad en personas de género masculino cuya edad oscila entre 21 a 30 años, esta prevalencia contradice los datos obtenidos en censos a nivel de Latinoamérica (Stang, 2011) en donde prevalece personas con algún tipo de discapacidad de sexo femenino en edades mayores a 65 años al igual que a nivel mundial.

En lo que respecta a los servicios otorgados por el gobierno las políticas del plan nacional del desarrollo: discapacidades indican Fomentar programas inclusivos o específicos de atención a las personas con discapacidad (SENPLADES, 2013), lo cual relacionado con los resultados obtenidos se ha cumplido parcialmente debido a que solo un poco más de la mitad es decir el 52% de estos individuos reciben servicios por parte del gobierno, en relación al 48% que no es beneficiario, estas son cifras preocupantes debido a que la población que no es amparada por estos beneficios padecen de discapacidad la misma que no es cubierta por los servicios que el gobierno ha implementado pese a ser una población que reside en la parroquia urbana más poblada de Otavalo.

De acuerdo a la investigación realizada por la Misión Solidaria Manuela Espejo (Monje, 2013), en el Ecuador se evidencia que el 36,7% corresponde a personas con discapacidad de tipo físico motora siendo la de mayor prevalencia teniendo relación con el estudio realizado en el cual las condiciones de salud más frecuentes con 27% son por alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y alteración del Sistema Nervioso Central que en la mayoría de los casos han desencadenado secuelas y limitaciones que han perjudicado su normal desarrollo en actividades de la vida diaria. Del mismo según las estadísticas de otros

países como Colombia (Hijuelos, 2011), se registra prevaleciendo condiciones de salud por el sistema nervioso, con un 64,8%; seguido por deficiencia en las estructuras para realizar movimiento, levantarse y caminar, con el 56,4%. En la investigación se detectó que la mayor parte de esta población tenía desconocimiento del origen de su discapacidad, a pesar de habitar en la zona urbana del cantón y contar con los servicios de salud necesarios; pero a nivel de Latinoamérica se evidencia que existe el 62.9% de discapacidad debido a enfermedades crónicas con mayor frecuencia en Chile.

Lo que respecta a los servicios de salud en lo referente a rehabilitación la defensoría del pueblo del Ecuador de acuerdo con los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos. En su artículo 26 Conviene que Los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación en todos los ámbitos en especial en intervención fisioterapéutica (MEC, 2009); sin embargo el estudio realizado dio como resultados que el 57% de las personas con discapacidad no se le ha ordenado rehabilitación fisioterapéutica, mientras que el 43% de la misma si se le ha recomendado realizar fisioterapia de esta población el 89% no asiste al servicio de rehabilitación, y tan solo un 11% si acude, de igual manera se puede observar que el 25% de la población no manifestó claramente cuál es la causa por la cual no visita rehabilitación, mientras que el 22% no asiste por falta de recursos económicos y el 20% desconoce la existencia de servicios de rehabilitación a pesar que la zona investigada corresponde a una parroquia urbana del cantón.

En lo referente al ámbito laboral, los ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al Plan Nacional de Buen Vivir 2013 -2017 estipulan Salvaguardar y promover el derecho al trabajo de las personas con discapacidad, sin discriminación, en igualdad de derechos laborales y considerando las condiciones específicas de la persona con discapacidad

(CONADIS, 2014), pese a esto la presente investigación presentó como resultados que la mayor parte de la población encuestada no trabaja debido a que su actividad laboral se vio afectada a consecuencia de su discapacidad motivo por el cual estos individuos no cuentan con un ingreso mensual lo cual muestra que persiste la influencia de los paradigmas y estereotipos por parte de los empleadores en incrementar a su personal individuos con discapacidad pese a que en la constitución de la República del Ecuador se estipula la inclusión de esta población en el ámbito laboral.

4.3. Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cómo Aplicar una encuesta a las personas con discapacidad?

La aplicación de la encuesta se realizó con la previa estructuración de preguntas específicas a investigar, las mismas que fueron validadas por la Universidad Técnica del Norte, además se realizó la correcta identificación de la población con discapacidad por parte de las investigadoras.

¿Cómo determinar las características demográficas de la población con discapacidad?

Se determinó el rango de edad que prevalece en las personas con discapacidad en donde se estableció la fecha de nacimiento de cada individuo, además se determinó a que sexo o género pertenecen la mayoría de personas con discapacidad identificadas.

¿De qué forma se identifica la condición de salud, la causa de discapacidad de mayor prevalencia de acuerdo a su clasificación y el tipo de rehabilitación ordenada por especialistas?

Al realizar la encuesta y procedente a ello realizando la correcta tabulación para la identificación del tipo de discapacidad por medio de preguntas estructuradas acerca de la Condición de salud y de igual manera la principal consecuencia de discapacidad que presentan las personas encuestadas, en cuanto al tipo de rehabilitación ordenada se instauró a través de una interrogante en la cual existía varias opciones de respuesta sin embargo existió mayor prevalencia en Fisioterapia.

¿Cómo establecer si la actividad laboral e ingreso mensual promedio se han visto afectados como consecuencia de la discapacidad; y si la población recibe beneficios del gobierno?

Se pudo establecer que la actividad laboral se ha visto afectada debido a que existió una interrogante en donde se señala dicha pregunta estableciendo que la mayor parte de la población ha disminuido su desempeño en el trabajo a consecuencia de su discapacidad, de igual manera para obtener los datos del ingreso mensual promedio y si la población recibe beneficios por parte del gobierno se realizó mediante una pregunta que señalaba esta información, dichas interrogantes se tabularon mediante el programa Epi-info obteniendo finalmente el porcentaje.

CAPÍTULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los resultados encontrados en este estudio, permitieron establecer una base de datos real de personas con discapacidad que habitan en la parroquia urbana el Jordán del cantón Otavalo.
- Se identificó la condición de salud con mayor prevalencia y sus causas que produjeron la discapacidad.
- Se evidenció por parte de los individuos con discapacidad el desconocimiento de su condición de salud y servicios de rehabilitación con los que cuenta el cantón.
- Aproximadamente la población con discapacidad en Otavalo no reciben beneficios por parte del gobierno y no han sido tomadas en cuenta en programas de capacitación e inclusión laboral.
- Se estableció un mapa georeferenciado de las viviendas de las personas con discapacidad con el fin de llevar una monitorización adecuada.
- La investigación servirá de aporte para futuras investigaciones de esta población por parte de la carrera de Terapia Física Médica.

5.2. Recomendaciones

- Realizar una actualización de datos frecuente debido al alto índice de natalidad y mortalidad de personas con discapacidad.
- Promoción por parte de los centros de salud, sobre programas y servicios que estos ofrecen a las personas con discapacidad.
- Capacitación e Inclusión al sector laboral por parte de programas establecidos por el gobierno.

- Se aconseja a la población en estudio su constante recalificación del grado de su discapacidad, para obtener los beneficios correspondientes.
- Crear programas integrales gubernamentales de prevención, rehabilitación y habilitación que incluyan a población con discapacidad que habita en todos los sectores de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜOGRAFÍA

1. A, M. P. (2010). *Testimonio de las actas de conformacion constitucional del cabildo otavaleño*. Otavalo: RINAS Comunicaciones.
2. CEPAL. (12 de DICIEMBRE de 2012). *NOTAS DE CEPAL*. Obtenido de NOTAS DE CEPAL: <http://www.cepal.org/notas/74/Titulares2.html>
3. Cevallos, M. P. (6 de enero de 2012). *Plan DOT*. Recuperado el 01 de 08 de 2014, de Plan DOT: http://www.otavalo.gob.ec/web/wp-content/uploads/2013/08/PLAN_DOT-.pdf
4. Chana, P. (2009). Chaná, La clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista Chile Neuropsiquiatra*, 90-92.
5. Cobeñas, P. (2012). Inclusión educativa de jóvenes y mujeres con discapacidad. *Revista SEDICI*, 2-10.
6. CONADIS. (2014). *Normas Jurídicas en Discapacidad Ecuador*. Quito: Don Bosco.
7. Constitucion de la Republica del Ecuador. (20 de octubre de 2008). *Revista Jurídica*. Recuperado el 08 de 08 de 2014, de Revista Juridica:
www.hsph.harvard.edu/population/.../ecuador.constitution.08.doc
8. Contino, A. (2012). Biopolíticas actuales en discapacidad: la estrategia de inclusión. *Revista Scielo*, 235.

9. D, M. (2011). CONDUCTA ADAPTATIVA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL: 50 AÑOS DE HISTORIA Y SU INCIPIENTE DESARROLLO EN LA EDUCACIÓN EN CHILE. *Scielo*, 45-52.
10. Delgado, R. C. (17 de diciembre de 2013). *CONADIS*. Obtenido de CONADIS:
<http://ftp.eeq.com.ec/upload/informacionPublica/2013/REGLAMENTO%20LEY%20DE%20DISCAPACIDADES.pdf>
11. Ecuador, A. N. (25 de septiembre de 2012). *conadis*. Obtenido de Ley orgánica de discapacidades.
http://www.plataformaconadis.gob.ec/Textos/Ley_Organica_de_Discapacidades_del_Ecuador.pdf
12. FENEDIF. (junio de 2013). *CONADIS*. Recuperado el 11 de 08 de 2014, de Guía de Lenguaje Positivo y Comunicación Incluyente:
http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/guia_lenguaje_positivo.pdf
13. Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación* (4ta. edición ed.). México DF. 2006, México.
14. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998,1991). *Metodología de la investigación* (4ta. edición ed.). México DF, México.
15. Hijuelos, M. (2011). *Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de los Santos Santander Colombia*. Recuperado el 29 de 09 de 2014, de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/3111/3101>

16. INEC. (2010). *Información Censal Cantonal*. Obtenido de INEC: http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es
17. Lata, N. (2013). Atención integral domiciliaria a personas con discapacidad física de la parroquia Paccha – provincia del Azuay . *scielo*, 18-19.
18. Maldonado, S. (24 de Abril de 2010). ACNNA. Recuperado el 20 de 09 de 2014, de Barreras físicas para la inclusión educativa: <http://www.acnna.org/acompanamiento/1-barreras-fisicas-para-la-inclusion-educativa>
19. MEC. (13 de Diciembre de 2009). *Dirección Nacional de Derechos Humanos*. Recuperado el 01 de 10 de 2014, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
20. Ministerio de relaciones laborales. (2013). CONADIS. Obtenido de CONADIS: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/06/manual_buenas_practicas_inclusion_laboral.pdf
21. Monje, J. (2013). Misión Manuela Espejo, paradigma de la solidaridad. *Scielo*, 598-606.

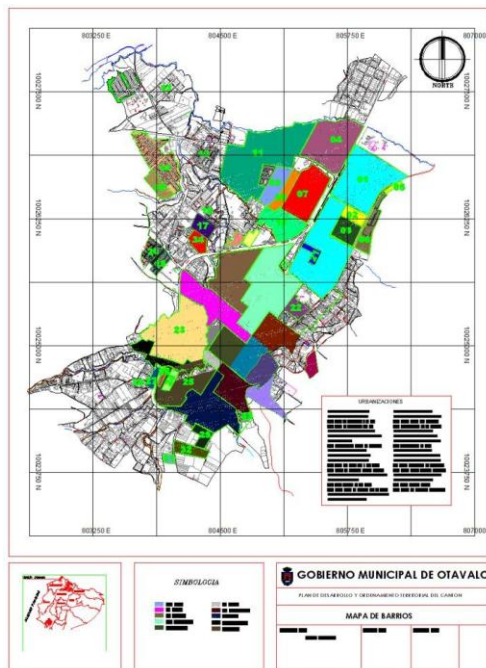
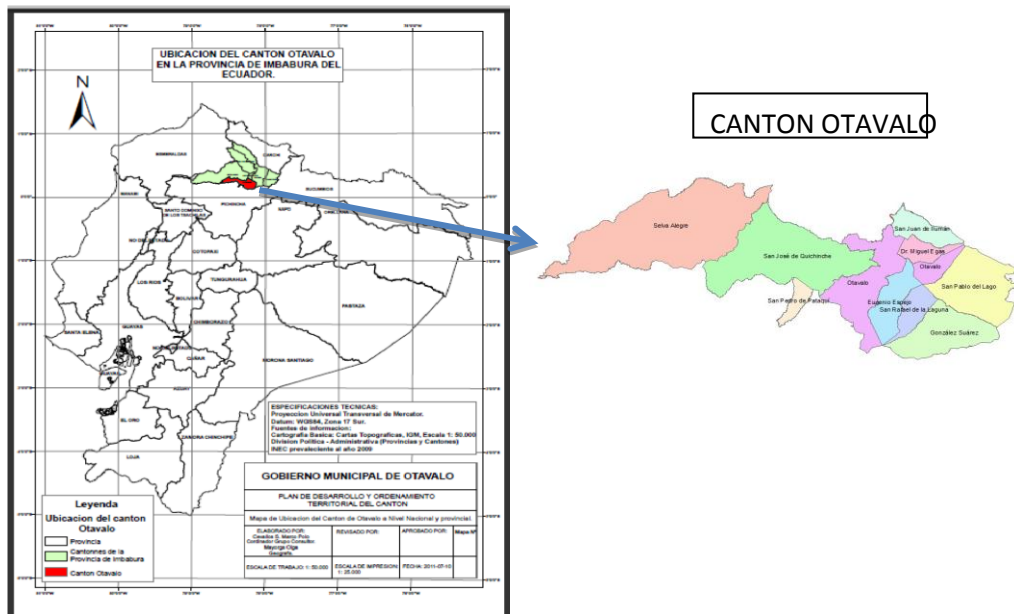
22. Montaña, C. (2013). Análisis de la efectividad de la política pública en torno a la inclusión laboral de personas con discapacidad física en el Ecuador. *scielo*, 18.
23. Muñoz, A. P. (2010). Discapacidad, Contexto, Concepto y Modelos. *Scielo*, 402-408.
24. OMS. (2011). OMS. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
25. OMS. (junio de 2011). OMS. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
26. OMS. (9 de junio de 2011). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
27. OMS. (15 de agosto de 2011). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de 08 de 2014, de Informe mundial sobre la discapacidad: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
28. Roberto, H. S., Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998,1991). *Metodología de la investigación* (4ta edición ed.). México DF 2006.
29. San Félix, Á. (25 de junio de 2013). *Fiestas del Otavalo*. Recuperado el 12 de 07 de 2014, de Fiestas del Otavalo: <http://www.fiestasdeotavalo.com/yamor/historia-de-otavalo.html>

30. SENPLADES. (24 de Junio de 2013). *PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR*. Recuperado el 20 de 09 de 2014, de PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR:
<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

31. Stang, M. F. (2 de ABRIL de 2011). *Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real*. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de CEPAL:
<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/43186/lcl3315-p.pdf>

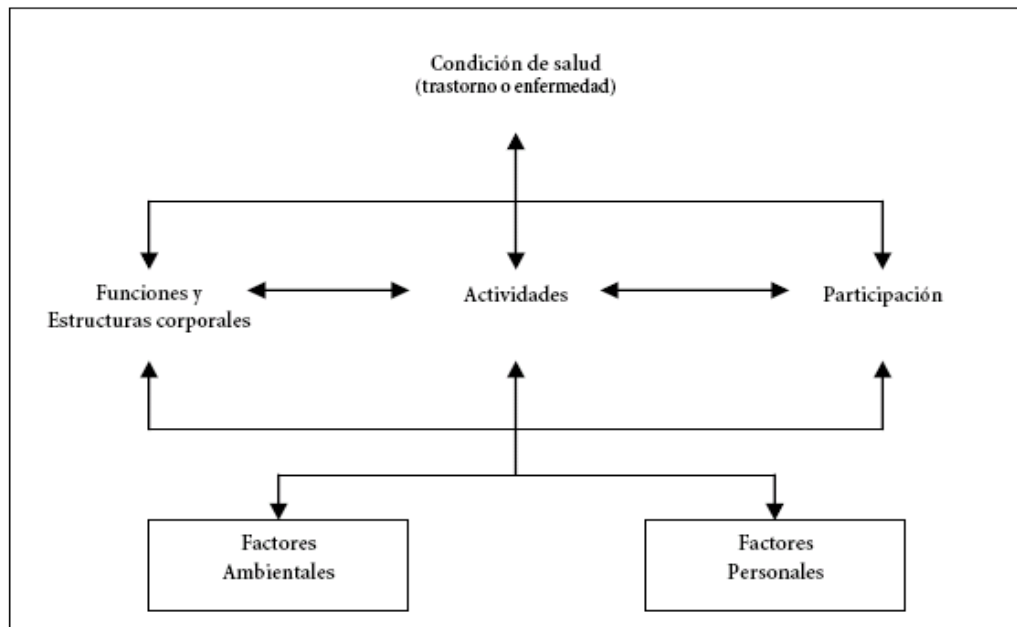
ANEXOS

Anexo 1: Organización territorial del cantón Otavalo y las parroquias urbanas sector centro



Fuente: app.sni.gov.ec/.../OTAVALO/.../03%20CANTON%20OTAVAL

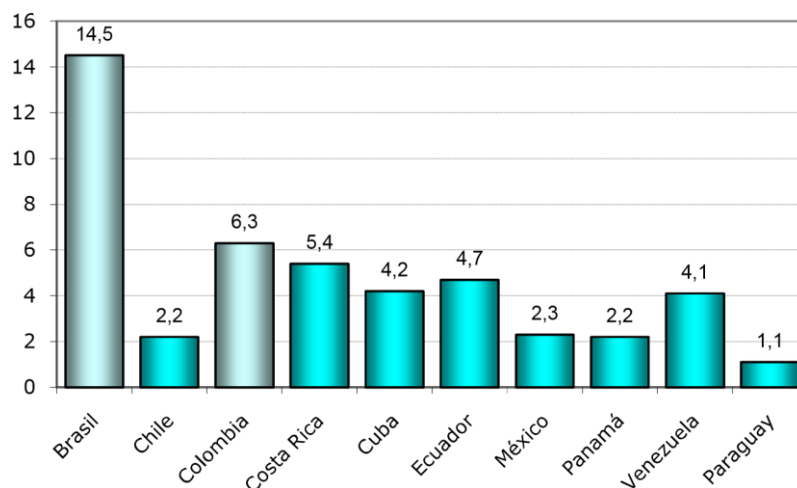
Anexo 2: Modelos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF)



Fuente: <https://www.oms.com/modelos+de+la+cif&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=IYZhVN>

Anexo 3: Prevalencia de personas con discapacidad en América Latina

AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE CENSOS DE LA RONDA DEL 2000.



Fuente: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/44570/lcg2496-P_8.pdf

PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA

País	Enfermedades adquiridas	Lesiones causadas por accidentes de tránsito	Lesiones causadas por accidentes laborales	Violencia	Pobreza	Problemas al nacer	Edad
Argentina	X	X	X				
Barbados	X	X					
Bolivia	X	X	X				
Brasil		X	X	X			
Chile	X	X					
Colombia	X	X	X	X			
Costa Rica					X		
Ecuador	X					X	
El Salvador		X			X		
Jamaica		X		X			
México	X	X	X				X
Nicaragua		X		X	X		
Paraguay	X				X		
Perú	X	X	X				
Trinidad y Tabago	X	X					

Fuente: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf

DATOS ESTADÍSTICOS DE DISCAPACIDAD A NIVEL MUNDIAL

Table 2.3. Global ageing trends: median age by country income

Country income level	Median Age (years)			
	1950	1975	2005	2050
High-income countries	29.0	31.1	38.6	45.7
Middle-income countries	21.8	19.6	26.6	39.4
Low-income countries	19.5	17.6	19.0	27.9
World	23.9	22.4	28.0	38.1

Note: Middle estimate.

Source (97).

Fuente: http://www.dis-capacidad.com/nota.php?id=1530#.VGGTAPmG_9w

Anexo 4 Encuesta

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Datos GPS

X

Y

ALTURA

1. Nombre

2. Nacionalidad

3. Fecha de nacimiento

4. Género:

5. Número de cédula

6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:

- Afroamericano
- Blanco
- Indígena
- Mestizo

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:

10. Cantón

11. Parroquia

12. Área

13. Dirección

14. Número de Teléfono

15. Nombre del barrio o comunidad

SERVICIOS BÁSICOS

Su vivienda cuenta con servicios de:

- Energía Eléctrica
- Alcantarillado

- Teléfono
- Recolección de basura
- Agua potable

17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?

18. Actualmente vive en:

- Apartamento
- Casa
- Cuarto

19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?

20. Recibe algún servicio del Gobierno

21. Es beneficiario de programas de:

- Bono de desarrollo humano
- Misión Manuela Espejo
- Bono Joaquín Gallegos
- Vivienda por Discapacidad

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?

- Accidente
- Alteración genética, hereditaria
- Complicaciones en el parto

- Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
- Dificultades en la prestación de servicios de salud
- Enfermedad general
- Enfermedad profesional
- No sabe
- Otras
- Víctima de violencia

33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

34. Enfermedad profesional por:

- Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
- Contaminantes (químico biológicos)
- Medio ambiente físico del lugar de trabajo
- No es por enfermedad profesional
- Otra causa

35. Por consumo de psicoactivos

- No es por consumo de psicoactivos

36. Desastres naturales:

- No fue por desastre natural

37. Por accidente:

- De tránsito
- De trabajo
- Deportivo
- En el centro educativo
- En el hogar
- No fue accidente

38. Como víctima de violencia:

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

39. Del conflicto armado por:

- No es por conflicto armado

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

- Atención médica inoportuna
- Deficiencia en la calidad de atención
- Equivocaciones en el diagnóstico
- Formulación o aplicación inadecuada de medicamentos
- No fue causa de servicios de salud

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
- Fisiatría
- 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:

- No asiste a rehabilitación
- Público
- Privado

61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación

- Cree que ya no lo necesita
- El centro de atención queda muy lejos
- Falta de dinero
- No hay quien lo lleve
- No le gusta
- No sabe
- Otras
- Si asiste a rehabilitación
- Ya termino la 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)

66. ¿Sabe leer y escribir?

67. El establecimiento en donde estudia, es:

- Privado
- Público

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?

- Costos educativos elevados y falta de dinero
- Necesita trabajar
- No existe centro educativo cercano
- No le gusta o no le interesa el estudio
- Otra razón
- Por su discapacidad
- Porque ya termino o considera que no está en edad escolar
- Si asiste actualmente a un establecimiento educativo

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?

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

- Buscando trabajo
- Trabajando
- Otra
- Pensionado Jubilado
- Realizando actividades de autoconsumo
- Realizando trabajos del hogar

80. Usted tiene contrato de trabajo:

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

- Agrícola
- Comercio
- Industria

- No está trabajando
- Otra actividad
- Servicios

82. En el trabajo se desempeña como:

83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?

- Cónyuge
- El mismo
- Familiares
- Hermanos
- Hijos
- Otros
- Padres

84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

- No
- No trabaja
- Si

85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

- 0 – 100 usd
- 100 – 350 usd
- 350 – 700 usd
- 700 mas usd

No tiene ingreso mensual promedio

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

- No
- No Trabaja
- Si

87. ¿Dónde recibió la capacitación?

88. Necesita capacitación para:

- Cambiar de actividad

- Mejorar su actividad productiva
- No necesita capacitación

89. Nombre

90. Fecha

91. Sector

Anexo 5. Recolección de la Información y Aplicación de la encuesta



