



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

Tesis previa a la obtención del título de Licenciado/a en Terapia  
Física Médica.

**TEMA: “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD  
EN LAS COMUNIDADES DE CUATRO ESQUINAS, IMBABUELA ALTO,  
IMBABUELA BAJO, MOJANDITA, MIRADOR MOJANDITA Y  
MOJANDA, DE LA PARROQUIA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO”  
EN LOS MESES DE FEBRERO - JUNIO DEL AÑO 2014.**

**AUTORA:** Elizabeth Figueroa

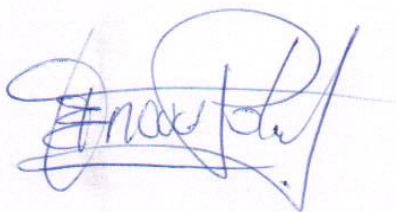
**DIRECTORA:** Lcda. Verónica Potosí Moya.

Ibarra, 2015

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Ibarra, 14 de Enero del 2015.

En mi calidad de Director del Trabajo de grado, presentado por la Señorita: Figueroa Quimis María Elizabeth, para optar por el título de Licenciada en TERAPIA FISICA, cuyo tema es “ **DIAGNÒSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES: CUATRO ESQUINAS, IMBABUELA ALTO, IMBABUELA BAJO, MOJANDITA, MIRADOR MOJANDITA Y MOJANDA DE LA PARROQUIA SAN LUIS DEL CANTON OTAVALO**” EN FEBRERO-JUNIO DEL AÑO 2014”, considero que el trabajo reúne todos los requisitos y méritos suficientes, para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal que se digne.



Atentamente:

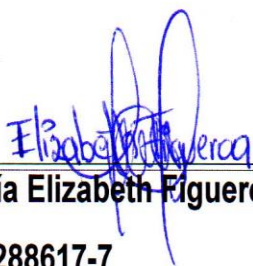
**Lic. FT Verónica Potosí Moya.**

171582181-3

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, **María Elizabeth Figueroa Quimis** portadora de la cedula de ciudadanía N° 131288617-7, declaro bajo juramento que el presente trabajo es de mi autoría “**DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE CUATRO ESQUINAS, IMBABUELA ALTO, IMBABUELA BAJO, MOJANDITA, MIRADOR MOJANDITA Y MOJANDA DE LA PARROQUIA SAN LUIS DEL CANTON OTAVALO EN LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO DEL AÑO 2014**” y los resultados de la investigación es de mi total responsabilidad, además que no ha sido presentada previamente para ningún grado ni calificación personal; y que he respetado las diferentes fuentes de información.



---

**María Elizabeth Figueroa Quimis**

**131288617-7**



## 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	
<b>CEDULA DE CIUDADANÍA:</b>	131288617-7
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Figueroa Quimís María Elizabeth
<b>DIRECCIÓN:</b>	Secundino Peñafiel y Tobías Mena
<b>EMAIL:</b>	mae_ja_20@hotmail.com
<b>TELÉFONO FIJO Y MÓVIL:</b>	0998992943-585645
DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO</b>	DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE CUATRO ESQUINAS, IMBABUELA ALTO, IMBABUELA BAJO, MOJANDITA, MIRADOR MOJANDITA Y MOJANDA DE LA PARROQUIA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO” EN LOS MESES DE FEBRERO-JUNIO DEL AÑO 2014.
<b>AUTORA:</b>	Figueroa, Elizabeth
<b>FECHA:</b>	2015/02/03
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Terapia Física Médica
<b>DIRECTOR DE TESIS:</b>	Lcda. Verónica Potosí Moya.
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> / <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**


Yo, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## **3. CONSTANCIAS**

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

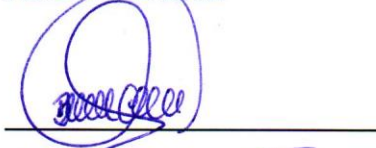
Ibarra, a los tres días del mes de Febrero de 2015.

### **LA AUTORA:**

  
Elizabeth Figueroa

C.I 131288617-7

### **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, Elizabeth, expreso mi 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 LAS COMUNIDADES DE CUATRO ESQUINAS, IMBABUELA ALTO, IMBABUELA BAJO, MOJANDITA, MIRADOR MOJANDITA Y MOJANDA DE LA PARROQUIA SAN LUIS DEL CANTON OTAVALO** EN LOS MESES DE FEBRERO-JUNIO DEL AÑO 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 autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los tres días del mes de Febrero de 2015.

**LA AUTORA:**

Elizabeth Figueroa

C.I 131288617-7

## DEDICATORIA

Principalmente este trabajo se lo dedico a Dios, por haberme permitido culminar mis estudios Universitarios, dándome la salud, sabiduría, paciencia y fortaleza para superar los obstáculos, no rendirme y salir adelante y lograr mis objetivos.

A mi tía, gracias por darme su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, amor, valores y motivación constante, y especialmente por su paciencia y su esfuerzo que me ha permitido ser una persona de bien, y a ser lo que soy ahora.

A mi madre por su apoyo, esfuerzo y confianza que deposito en mí. Gracias porque siempre aunque lejos ha estado a mi lado.

A mis hermanos, mi familia, gracias por creer en mí y por su ejemplo de perseverancia y constancia que me ha infundado siempre, por el valor de seguir adelante.

En gran parte, gracias a ellos hoy puedo ver alcanzado mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo llegar hasta el final.

## **AGRADECIMIENTO**

Universidad Técnica del Norte en donde tuve la oportunidad de formarme académicamente durante todo este tiempo como profesional y a nuestros docentes que con su paciencia y dedicación me inculcaron los mejores conocimientos durante estos cuatro años de aprendizaje.

También quiero agradecer durante todos estos años a muchas personas quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y confianza que me han prestado de forma desinteresada.

A mi tutor de tesis, por su paciencia ante mi inconsistencia y quien puso todo su conocimiento para que yo pudiera realizar esta investigación, y proporcionándome sus atinadas correcciones.

Finalmente agradezco a los habitantes de las comunidades urbanas de la Parroquia San Luis de Otavalo por su colaboración y proporcionarnos la información necesaria para la elaboración de la presente investigación.

Mis palabras no bastarían para agradecerles por su apoyo sincero y total.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

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
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	IX
ÍNDICE DE TABLAS .....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XV
RESUMEN .....	XVI
ABSTRACT .....	XVIII
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Justificación .....	5
1.4 Objetivos .....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos .....	7
1.5 Preguntas de investigación .....	8
CAPÍTULO II.....	9
2 MARCO TEORICO .....	9
2.1 Teoría Existente.....	9
2.1.1 Datos Generales del Cantón San Luis de Otavalo.....	9
2.1.1.1 Ubicación y límites .....	9
2.1.1.2 División política administrativa .....	9
2.1.1.3 Población Urbana y Rural del cantón Otavalo .....	10

2.1.1.4 Densidad Poblacional del cantón Otavalo.....	10
2.1.1.5 Principales Actividades Económicas en el Cantón Otavalo .....	10
2.1.1.6 Estructura y Dinámica Territorial Existente o Modelo Territorial Actual.....	11
2.1.2 DISCAPACIDAD .....	14
2.1.2.1 Definición de Discapacidad.....	14
2.1.2.2 Conceptos de deficiencia, discapacidad y Minusvalía según la ONU.....	15
2.1.2.3. TIPOS DE DISCAPACIDAD .....	17
2.1.2.3.1. Discapacidad Física .....	17
2.1.2.3.2. Discapacidad Psicológica .....	18
2.1.2.3.3 Discapacidad Sensorial.....	18
2.1.2.3.4. Discapacidad Visual.....	18
2.1.2.3.5. Discapacidad Auditiva.....	18
2.1.2.3.6. Discapacidad del Lenguaje .....	19
2.1.3 CALIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD. ....	20
2.1.4 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD .....	23
2.1.4.1 Discapacidades por causas biológicas: .....	23
2.1.4.2 Discapacidades por causas ambientales: .....	23
2.1.4.3. Discapacidades por causas físicas: Agresiones que pueden causar alteraciones cromosómicas.....	23
2.1.4.4. Discapacidades por sustancias químicas .....	23
2.1.4.5. Discapacidades por causas sociales .....	24
2.1.4.6. Discapacidades que se originan en el parto .....	24
2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA .....	25
2.1.5.1. Estadísticas en el contexto mundial.....	25
2.1.5.2 Datos estadísticos de discapacidad en América Latina: .....	27
2.1.5.3 Datos estadísticos de discapacidad en el Ecuador:.....	32
2.1.5.4 Datos de Discapacidad según la “Misión Solidaria Manuela Espejo”.....	33
2.1.5.5 Datos de Discapacidad en Imbabura .....	34
2.1.6 DEFINICION DE LAS DISCAPACIDADES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE .....	36

2.1.6.1 TIPOS DE DISCAPACIDADES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	37
2.1.6.1.2 Los Discapacidades del Lenguaje .....	39
2.1.6.2 CAUSAS Y PREVENCION .....	39
2.1.6.3 PREVENCION .....	41
2.1.6.4 El significado de calidad de vida .....	43
2.1.7 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) .....	44
2.1.7.1 Objetivos de la CIF .....	45
2.1.7.2. Elementos y Componentes de la CIF: .....	46
2.1.8 MODELOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD.....	49
2.1.8.1 Modelo médico-biológico .....	50
2.1.8.2 Modelo de discapacidad social .....	51
2.1.8.3 Modelo de las minorías colonizadas.....	52
2.1.8.4 Modelo universal de la discapacidad .....	53
2.1.8.5 Modelo biopsicosocial.....	54
2.2 MARCO LEGAL Y JURIDICO.....	57
2.2.1 La constitución de la República del Ecuador. ....	57
2.2.2. En el Reglamento a la ley orgánica de discapacidades. (Correa, 2013).....	61
2.2.2.1. Ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al plan nacional de buen vivir 2013 -2017. SENPLADES. ....	63
CAPÍTULO III .....	65
3. METODOLOGÍA.....	65
3.1 Tipo de investigación .....	65
3.2. DISEÑO DE ESTUDIO .....	66
3.3 MÉTODOS.....	67
3.4 POBLACION Y MUESTRA .....	67
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	68
3.6 ESTRATEGIAS.....	68
3.7 IDENTIFICACION DE VARIABLES .....	69
3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	70
3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD .....	74

CAPÍTULO IV.....	75
4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	75
4.2 Tabulación, Análisis e interpretación de resultados .....	75
4.3 MAPA DE GEOREFERENCIACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS.....	94
4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	94
4.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	101
CAPÍTULO V.....	105
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105
5.1 CONCLUSIONES .....	105
5.2 RECOMENDACIONES.....	107
5.3 BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜOGRAFÍA .....	109
5.4 ANEXOS.....	114
ANEXO N° 1. GRAFICO N° 1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL CANTÓN OTAVALO.....	114
ANEXO N° 2. GRAFICO N° 2. POBLACIÓN URBANA Y RURAL DEL CANTÓN OTAVALO.....	115
ANEXO 3. FORMULARIO APLICADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	116
ANEXO N° 4. APROBACIÓN DEL SUMMARY POR PARTE DEL CENTRO ACADÉMICO DE IDIOMAS.....	134
ANEXO N° 5. FOTOS CENSO .....	135

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. CONCEPTO DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS.....	17
TABLA N°2. GRADOS. CLASES Y PORCENTAJES DE DISCAPACIDAD. ....	22
TABLA N° 3. CAUSAS DE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA. ....	24
TABLA N° 4. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD Y FACTORES CONTEXTUALES DENTRO DE LA CIF.....	48
TABLA N° 5._IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE SAN LUIS DE OTAVALO 2014. ....	75
TABLA N° 6._ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD DE LOS INDIVIDUOS EN LAS COMUNIDADES DE SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO, 2014. ..	76
TABLA N° 7._ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	78
TABLA N° 8._AYUDAS ESPECIALES A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	79
TABLA N° 9._TIPOS DE DISCAPACIDAD SEGÚN EDAD EN LAS COMUNIDADES DE SAN LUIS DE OTAVALO, 2014.....	80
TABLA N° 10._TIPOS DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS, SEGÚN ETNIA EN OTAVALO, 2014.....	82
TABLA N° 11._TIPOS DE DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS, SEGÚN SEXO EN OTAVALO, 2014 .....	84
TABLA N° 12.- CONDICIONES DE SERVICIOS BÁSICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	85
TABLA N° 13.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014.....	86

TABLA N° 14.- SERVICIOS DEL GOBIERNO QUE RECIBE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	87
TABLA N° 15.- AFILIACIÓN A INSTITUCIONES ESTATALES EN SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	88
TABLA N° 16._NIVEL EDUCATIVO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	89
TABLA N° 17._ EDAD ESCOLAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	90
TABLA N° 18._ INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	91
TABLA N° 19._ ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	92
TABLA N° 20._ ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL SEGÚN ANALFABETISMO EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE LA CIUDAD DE OTAVALO 2014. ....	93

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL CANTÓN OTAVALO.....	114
GRAFICO N° 2. POBLACIÓN URBANA Y RURAL DEL CANTÓN OTAVALO.....	115

## RESUMEN

La presente tesis está basada en una investigación desarrollada en las comunidades urbanas de la Parroquia San Luis de Otavalo pertenecientes a la Provincia de Imbabura, sobre el tema de la búsqueda de la población con discapacidad, tanto como investigar el tipo de discapacidad que más incide en ellos y las necesidades que éste grupo vulnerable de personas presenta en su comunidad, dentro del contexto socioeconómico y sobre su condición de salud.

El objetivo fundamental de la investigación fue Diagnosticar la discapacidad y georreferenciarla en las comunidades de Cuatro esquinas, Mojandita, Mirador Mojandita y Mojanda, Imbabuela alto e Imbabuela Bajo y Taxopamba, por lo que se inició la búsqueda de la población y los datos georreferenciados que se encuentran almacenados en una base de dato general de la carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte. Dentro de la Metodología el estudio fue de diseño no experimental y de corte transversal, como tipo de investigación descriptiva, explicativa, correlacional, y exploratorio. Es descriptiva porque especificó las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades midiendo diversos aspectos de la condición de la discapacidad. Es Explicativa ya que constituye descubrimientos y afirmaciones, por medio del cual se interpreta una realidad, es exploratoria, ya que el tema en la comunidad ha sido poco explorado y conocido. Es correlacional por el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables, mediante estadísticas y luego se estimó la correlación. La muestra estuvo conformada por 55 personas con discapacidad sin excepciones de identificación del carnet del CONADIS. Se empleó una encuesta estructurada para recolectar los resultados y posteriormente almacenarla en una base de datos.

Como resultados en esta investigación se obtuvo qué, en lo que se refiere a la condición de salud, en la que se encuentra los individuos con discapacidad, el 81,8 % afirman que no fue oportunamente diagnosticada y el 72,7 % no ha recibido atención general en salud durante el último año. Con respecto a las ayudas especiales al 70,9 % no les han ordenado utilizarlas y por lo tanto el 81,8 % no utiliza actualmente ayudas especiales, ni prótesis y medicamentos.

En cuanto al tipo de discapacidad según la condición de salud, el que aparece en mayor porcentaje en las comunidades urbanas de la Parroquia San Luis: se observó al 27,3 % de las personas a las cuales les afecta la voz y el habla presentándose mayoritariamente en el grupo de



adulto mayor. Y con relación a la etnia el 20 % de las personas pertenecen al grupo indígena, el 20 % de ellos fueron de género femenino y un 7,3 % de género masculino, presentándose claramente una mayor incidencia del tipo de discapacidad lingüística, seguido de la discapacidad Auditiva, luego discapacidad física, discapacidad visual, múltiples déficits, y con menos porcentaje la discapacidad sensorial.

También se habla de las necesidades que presentan, sobre la situación de los servicios básicos, y acerca del debilitado acceso estudiantil desde temprana edad en lo que se refiere al nivel educativo, por la necesidad de empezar a trabajar, como actividades de sustento y o u autoconsumo. Tomando en cuenta todos los datos recolectados, se llegó a la conclusión de que, con el aporte de las características con la información sobre la situación socioeconómica y de salud de las personas con discapacidad en las comunidades de esta Parroquia San Luis de Otavalo, podrá ser de suficiente ayuda para estudios posteriores teniendo un conocimiento más preciso del tema y apoyar la atención integral en salud, correspondiente a cada uno de ellos.

**Palabras claves:** discapacidad, Georreferencia, condiciones socioeconómicas, condiciones de salud.

## ABSTRACT

This thesis is based on a research conducted in rural communities from a Parish called San Luis which is located in Otavalo in Imbabura province. It aims to find people with disabilities, as well as, to research the type of disabilities that most affects them and the necessities presented by this vulnerable group of people, within the socioeconomic context and health conditions presented.

The main objective of the research is to diagnose the disability and localize it in the communities Cuatroesquinas, Mojandita, Mirador Mojandita and Mojanda, Imbabuela Alto and Imbabuelabajo and Taxopamba, thus, an intense search of people and data began, which are stored in a data base from Universidad Técnica del Norte, in the Physical Therapy major file.

Within the study methodology, a non-experimental and cross-sectional design was utilized, as a type of descriptive, explanatory, correlational, and exploratory research. It is a research of a descriptive nature because it specified the important properties of individuals and groups, measuring various aspects of the condition of the disability. It's an explanatory research since it constitutes discoveries and affirmations, by which reality is interpreted. Is exploratory, since the issue in the community has been little explored and known. It is correlational by the degree of relationship or existing non-causal association between two or more variables, and then, through a statistical measurement, the correlation was estimated.

The sample consisted of 55 persons with disabilities, to whom it was not necessary to have the card given by CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades). A structured survey to collect and then store the results in a database was used. The outcomes of the research in regards of health conditions are: 81.8% of the target population says that, it was not diagnosed on time and 72.7% hadn't received health care over the last year. With regard to the special aids, 70.9% of the population have not been ordered to use them and therefore 81.8% do not currently use special aids, or prostheses and drugs.

Regarding the type of disability depending on the health condition, which occurs at a higher rate in urban communities of San Luis parish: it was observed in 27.3% of the people whose voice and speech are affected mainly presented in the group of elderly. And in relation to ethnicity, 20% of people belong to indigenous groups, 20% of them were female and 7.3% were male, clearly presenting a higher incidence of linguistically disabilities, followed by hearing disability, then physical

disability, visual impairment, multiple deficits, and less percentage sensory disabilities. It is also talked about the needs presented on the situation of basic services, and about the low rate of student access to the educational system in an early age, being really necessary to start working for subsistence and consume.

Considering all data collected is concluded that the contribution of the database with information on socioeconomic status and health conditions of people with disabilities in urban communities of this Parish from Otavalo, may be sufficient support for further studies taking a more precise knowledge of the subject and support health care, corresponding to each of them.

**Keywords:** disability, located, socioeconomic conditions, Health.



## **CAPÍTULO I**

### **1. EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

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.

El cantón Otavalo está integrado por la ciudad del mismo nombre y por once parroquias, dos urbanas y nueve rurales. Las parroquias rurales son: 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 áreas urbanas son el Jordán y San Luis. Las áreas dispersas que corresponden a El Jordán son: Cotama, Guanansi, La Bolsa, Azama, Gualapuro, La Compañía, siendo esta comunidad la que más densidad poblacional y edificada posee.

“La parroquia urbana San Luis, siendo esta área con la mayor dispersión poblacional y edificada, y por emplazarse en un área con topografía pronunciada: Imbabuela alto y bajo, Mojanda, Mojanda mirador, Mojandita, Taxopamba, Cuatro esquinas”. (Otavalo, Administración (2014-2019))

Siendo estos sectores los más vulnerables son lo que se tomarán en cuenta para la realización de la investigación, debido a la ausencia de normalización en los tipos de vías y nombres de calles, escasez de tiempo para revisar que la información de la población esté completa y duplicidad sobre los registros en la base de datos del grupo de personas con discapacidad.

La población urbana de la parroquia está conformada por mestizos casi en su totalidad, mientras que en las comunidades la población que predomina son los indígenas de la cultura Kichwa Otavalo. En estas comunidades la actividad primaria es la agricultura de subsistencia que obliga a sus pobladores a realizar otras actividades complementarias como el trabajo asalariado en florícolas, construcción, comercio.

En el aspecto socio espacial el problema se establece en la población dispersa considerada como “rural” ya que siendo área urbana, no poseen las mismas bondades o beneficios que posee en sí, el área concentrada. Políticamente, la cuestión socio espacial, no define satisfactoriamente las competencias que tienen cada gobierno autónomo descentralizado, en este caso el GPI y el GMO, y la población asentada en el área dispersa principalmente, no identifica claramente a que gobierno acudir para solucionar sus problemas en cuanto a servicios básicos, infraestructura, vialidad, etc. (Cevallos, Actualización Del Plan De Vida Y Formulación Del Plan De Ordenamiento Territorial Del Cantón Otavalo., 2012)

Otra de las causas que nos hacen tomar como referencia a estas comunidades es la falta de atención y de seguimiento dentro de los catastros municipales a estas zonas ya que se los considera como comunidades urbano marginales, existiendo una escasa información sobre la descripción sociodemográfica y por lo tanto la definición de la delimitación territorial exacta. Pero, cabe mencionar que la comunidad de Mojanda pertenece a un recurso natural que está en proceso de recuperación y cuidado, y junto a Mojandita son sectores no urbanizables

debido a los suelos, y por tener condiciones de valor ambiental o por ser zonas de amenazas y riesgo.

Es importante resaltar que los proyectos y acciones del Municipio de Otavalo (2000) fueron planificados para este periodo de años, sin embargo, de acuerdo a los resultados de evaluación del plan de vida (2011), existe un 75% de cumplimiento de ejecución del plan, en apenas 10 años. La estrategia planteada para revertir la realidad del año 2000, se asemeja a la nueva realidad que tienen que adoptar los gobiernos autónomos descentralizados, en razón de estructurar y articular sus planes con los planes de desarrollo provincial y el plan nacional, que se resume en el buen vivir que se aspira alcancen los ciudadanos y ciudadanas, con una intensa participación en la toma de decisiones, así como una veeduría social que supervise el cumplimiento en la ejecución de los planes y programas.(Cevallos, Actualización Del Plan De Vida Y Formulación Del Plan De Ordenamiento Territorial Del Cantón Otavalo., 2012).

Dentro del municipio de Otavalo se han realizado actualizaciones del proyecto plan de vida (2000) llamado así en la alcaldía saliente, hoy por hoy se conoce con el nombre de actualización del plan de vida y formulación del plan de ordenamiento territorial del cantón Otavalo, en donde se puede comprobar, que no se han llevado acabo con totalidad la planificación para los habitantes Otavaleños y por ende de los habitantes de las comunidades de la parroquia San Luis.

“En cuanto al analfabetismo aún persisten brechas importantes que afectan a las poblaciones rurales, los pueblos indígenas y los montubios. El analfabetismo en personas mayores a 50 años de edad, alcanza el 34,3% en la población rural y el 63,7% en la población indígena. Desde un enfoque étnico, el rezago es más notorio en indígenas y afroamericano”. (INEC, 2012).

La población de estas comunidades muestra un alto índice de analfabetismo y desconocimiento acerca de temas relacionados con salud y por lo tanto sobre el origen, tipo y factores que se pueden asociar

con la presencia de la discapacidad que puedan llegar a presentar. A la mayoría de sus habitantes, se les obliga salir a la búsqueda de trabajo para el sustento familiar por lo que presentan un rezago educativo y a medida que aumentan la edad éste va creciendo.

Unas de las problemáticas que aún presentan estas comunidades es la débil participación comunitaria en la identificación y solución de problemas de salud de las personas con discapacidad, debida especialmente a la falta de organización social, y un insuficiente compromiso de las Instituciones públicas y privadas tanto del sector salud como de otros sectores ha generado una escasa integración entre actores sociales. Debido a problemas de coordinación y de comunicación desde, y hacia las comunidades, hay un desconocimiento del proceso de cambio en salud y una falta de apoyo a esos sectores sociales.

Según datos obtenidos por el Consejo Nacional de Discapacidades [CONADIS], Imbabura registra 1730 personas adultas con discapacidad; las parroquias de El Jordán, San Luis y González Suárez de acuerdo a esta información son las parroquias con el mayor número de personas con discapacidad, la discapacidad que predomina es la física, seguido por auditiva e intelectual. En menores de 12 años, las parroquias de El Jordán, San Pablo, San Luis y Miguel Egas son las parroquias con la mayor presencia de menores de edad con discapacidad, siendo el más predominante en esta edad la discapacidad física, intelectual y auditiva.(Cevallos, Actualización Del Plan De Vida Y Formulación Del Plan De Ordenamiento Territorial Del Cantón Otavalo., 2012).

En lo referente podemos observar un estudio realizado por el CONADIS, las parroquias tanto urbanas como rurales, pero no logramos encontrar la información detallada y falta de estadísticas serias, de cada una de las comunidades que pertenecen a cada parroquia. A pesar de que, en la ciudad de Otavalo en el 2011 se implementó el funcionamiento del “Centro Integral de atención a personas con discapacidad intelectual”, mismo que funciona en las instalaciones de la ex fábrica La Joya, dando



apertura a niños y niñas que están en riesgo de quedarse sin educación adecuada.

Por ello nos precisamos a recurrir a esta investigación para conocer exactamente la población con discapacidad en esta zona y realizar la respectiva georeferenciación de la persona con discapacidad y observar y recolectar las necesidades que ellos presentan. De acuerdo a esta situación, surgió la necesidad del desarrollo de proyectos y de apoyo hacia los habitantes de esta zona, que presentan diferentes tipos de discapacidad; ya que una de las misiones de la Universidad Técnica del Norte, es la vinculación con la comunidad, aportando ideas para la solución de problemas, y satisfacción de necesidades de la sociedad. Una de las interrogantes que se exponen en esta investigación es: ¿Cómo logramos la georeferenciación de la persona con discapacidad en las comunidades? Y ¿Cómo surgió la necesidad de ir a estas comunidades? ¿Qué necesidades e inconvenientes se encontró como resultados en la realización de las encuestas?, ¿Qué tipos de discapacidades se observaron en la búsqueda de la población en las comunidades?

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cómo diagnosticar la discapacidad y georeferenciarla en las Comunidades de Cuatro Esquinas, Imbabuela Alto, Imbabuela Bajo, Mojandita, Mirador Mojandita Y Mojanda de la Parroquia San Luis del Cantón Otavalo” en los meses de Febrero-Junio del año 2014?

## **1.3 Justificación**

*Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad. 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. (Chan & Zoellick, Informe Mundial sobre la discapacidad, 2011)*

*En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. La discapacidad en las Américas es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos escasos y están desactualizados por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países. (Vásquez, 2013)*

El 5,6% de la población ecuatoriana (816 156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad (INEC, 2010). La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. (SENPLADES, 2013)

Según el CONADIS, en la provincia de Imbabura se registran 9.758 y en la ciudad de Otavalo 2.130 personas en total a todos los tipos de discapacidad. (CONADIS, 2013)

Aunque hace pocos años atrás, el Gobierno de la República del Ecuador implementó dentro de la política social; leyes y reglamentos para garantizar el desarrollo integral de las personas con discapacidad, pero sin embargo no se establece una base de datos real de aquellas personas en las comunidades y tampoco un diagnóstico situacional de las mismas, provocando a dicha población una inadecuada accesibilidad a servicios de salud, educación e inclusión laboral y social. Debido a esta dificultad, el Diagnóstico Geo referencial de la discapacidad, estará aportando a la inclusión de las personas que presentan esta condición de salud y que se encuentran excluidas por falta de un rastreo situacional.

El Diagnóstico de la discapacidad para luego georeferenciarlo es un método que permitió realizar el respectivo manejo y monitorización de

las personas con discapacidad, a través de ello, se logrará llegar con facilidad a la vivienda de la persona con discapacidad, y para poder ejecutarlo se recurrió a la utilización del sistema de información georeferencial del GPS, en el cual se inició la búsqueda de las personas con discapacidad para luego recopilar, elaborar y distribuir la información necesaria para el desarrollo de los habitantes. Se constituirá un aporte inclusivo en aquella población no registrada, ni beneficiada con los programas de ayuda social creados por el gobierno como: Misión Solidaria Manuela Espejo, Misión Joaquín Gallegos Lara y el Bono de Desarrollo Humano, que son responsables de aportar con servicios de ayuda benéfica a la comunidad; y al Gobierno Autónomo descentralizado de Otavalo, para que tome más énfasis sobre las necesidades tanto sanitarias, como en salud y sensibilizar a la población de la misma ciudad, acerca de las personas que presentan ésta condición, grupo que poco a poco se lo está incluyendo a la sociedad y así, puedan alcanzar su mayor potencial saludable y de realización que le sea posible.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

“Diagnosticar la Discapacidad y georreferenciarla en las Comunidades de Cuatro Esquinas, Imbabuela Alto, Imbabuela Bajo, Mojandita, Mirador Mojandita Y Mojanda de la Parroquia San Luis del Cantón Otavalo” en los meses de Febrero-Junio del año 2014.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar la condición de salud de las personas con discapacidad en las comunidades
- Describir el tipo de discapacidad con mayor prevalencia según la edad, etnia y sexo en las personas evaluadas.

- Determinar las características sociales y económicas de las personas con discapacidad.

### **1.5 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es la condición de salud de las personas con discapacidad de las comunidades de la parroquia San Luis?
- ¿Qué tipo de discapacidad se presenta con mayor prevalencia según la edad, etnia y sexo de las personas evaluadas dentro de las comunidades?
- ¿Cuáles son las características sociales y económicas que presentan las personas con discapacidad en las comunidades mencionadas?

## **CAPÍTULO II.**

### **2 MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Teoría Existente**

##### **2.1.1 Datos Generales del Cantón San Luis de Otavalo.**

###### **2.1.1.1 Ubicación y límites**

El cantón Otavalo está ubicado en la zona norte del Ecuador y al sur oriente de la provincia de Imbabura, tiene una superficie de 528 kilómetros cuadrados, está situada a 110 kilómetros de la ciudad de Quito y a 20 kilómetros de la ciudad de Ibarra. Su altitud es de 2.565 metros sobre el nivel del mar, y está ubicada geográficamente en las siguientes coordenadas: 78° 15' 49" longitud oeste y 0° 13' 43" latitud norte; la temperatura promedio es de 14 grados centígrados.

El cantón está limitado: al norte con Cotacachi, Antonio Ante e Ibarra; al sur limita con Quito; al este con Ibarra y Cayambe y al oeste con Quito y Cotacachi.

###### **2.1.1.2 División política administrativa**

Está integrado por dos parroquias urbanas El Jordán y San Luis, y nueve parroquias rurales: Eugenio Espejo, San Pablo del Lago, González Suárez, San Rafael, San Juan de Ilumán, San Pedro de Pataquí, Dr. Miguel Egas Cabezas, San José de Quichinche y Selva Alegre.

La parroquia urbana El Jordán está compuesta de las comunidades: Cotama, Guanansi, Gualapuro, La Compañía, Camuendo, Libertad de Azama; mientras que la parroquia urbana San Luis incluye comunidades como: Imbabuela Alto y Bajo, Mojanda, Mojandita, Taxopamba, Mojanda Mirador, y Cuatro Esquinas.

### **2.1.1.3 Población Urbana y Rural del cantón Otavalo**

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 90.188 habitantes y para el censo 2010 se incrementó a 104.874 habitantes, de los cuales el 48.10% son hombres y el 51.9% son mujeres, siguiendo el patrón tanto del país como de la provincia de Imbabura, 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%.

### **2.1.1.4 Densidad Poblacional del cantón Otavalo**

Según el plan de vida del cantón Otavalo para el año 2.000 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 Km<sup>2</sup> y la parroquia de Selva Alegre es la que menor densidad poblacional presenta debido a que sus 1.600 habitantes se encuentran en una superficie de 178 Km<sup>2</sup>, teniendo como valor 9 habitantes por Km<sup>2</sup>. Es importante señalar que el promedio de habitantes por Km<sup>2</sup> a nivel de país, según el último censo es de 55.8 habitantes por Km<sup>2</sup>, lo que refleja la alta densidad poblacional que tiene Otavalo.

### **2.1.1.5 Principales Actividades Económicas en el Cantón Otavalo**

En días ordinarios el comercio en Otavalo concentra aproximadamente 2660 puestos de comerciantes, especialmente en el Mercado 24 de Mayo,

Copacabana, Centenario, Calle Chiriboga, Calle 31 de Octubre, a diferencia del día sábado donde el comercio genera un movimiento masivo de intercambio, incrementándose en un 211% (5624 puestos) la cantidad de puestos de comerciantes que ofertan sus productos en lugares aledaños a la Plaza de Pochos y a los mercados principales.

#### **2.1.1.6 Estructura y Dinámica Territorial Existente o Modelo Territorial Actual**

Otavaló es un sistema dinámico que presenta un grado de complejidad en los diferentes sistemas que sustentan este territorio. Lo determinante del Cantón se deriva de la base natural que posee; es decir, de las condiciones innatas que caracterizan a Otavaló como: el Lago San Pablo (Imbakucha), el Taita Imbabura, la biodiversidad y agro biodiversidad, el paisaje singular existente, la extensa red hidrográfica y su posición de cabecera de cuenca posicionan al Cantón en un lugar turístico y proveedor de agua para la Provincia y la zona norte del país.

Por otro lado, lo determinante del Cantón constituye su ubicación geográfica privilegiada, que lo posiciona como un enclave comercial, artesanal y turístico de la provincia de Imbabura, así como también el muy buen grado de conectividad que posibilita una alta movilidad de personas y mercancías hacia y desde el extranjero Quito, Ibarra y diferentes ciudades del país.

En cuanto a poblamiento, la cabecera cantonal o ciudad de Otavaló, constituye una centralidad por el número y especialización de funciones que ofrece; es donde están las instituciones con mejor servicio y calidad tanto educativas, salud, bancarias, municipales y comerciales. Los servicios básicos: agua potable, alcantarillado y vías urbanas, están cubiertas en un alto porcentaje en la ciudad, no así en la zona rural donde los rangos de cobertura son bajos y de media a escasa cobertura, esto

debido a que antes del COOTAD la competencia en las zonas rurales correspondía al Consejo Provincial.

El poblamiento de las parroquias, es disperso con ciertos grados de concentración en las cabeceras parroquiales; existe una continua fragmentación de la tierra y un alto porcentaje de arrendamiento de las mismas, así como conflictos de uso de suelos, especialmente en aquellas zonas altas del cantón donde se encuentran los páramos y relictos de bosques.

Entre las principales actividades económicas, se destaca el turismo como eje dinamizador de otras cadenas económicas; la manufactura tiene un carácter industrial y constituyen productos de exportación a Estados Unidos y Europa principalmente, aun cuando la materia prima es adquirida a otras provincias del país.

En las parroquias la actividad primaria es la agricultura de subsistencia que obliga a sus pobladores a realizar otras actividades complementarias como el trabajo asalariado en florícolas, construcción y comercio.

Los Lagos San Pablo y Mojanda son recursos naturales de gran relevancia que están en proceso de recuperación y cuidado. En ciertas zonas del cantón existen suelos con aptitud agropecuaria y forestal.

El proceso de legalización y asociatividad de las microempresas y emprendimientos está creando una cultura de institucionalización y oportunidades, de cuyos beneficios son partícipes los empresarios, el municipio y el Estado, puesto que mejoran las recaudaciones tributarias, el acceso al financiamiento y mayor productividad. La posición estratégica por la cercanía a la capital y frontera colombiana, el acceso que tendría al puerto de Esmeraldas, al aeropuerto de Quito, sumado a las autovías que conectarán a la región norte representa un eje importante de comercio e integración; la universidad regional y posible parque industrial, brindan a



Otavalo, inmensas posibilidades de empleo, movilidad humana, conectividad y educación. (Otavalo), 2009-2014)

La ciudad de Otavalo cada vez más va aumentando su densidad poblacional, donde la mayoría de su población pertenece al grupo social de indígenas, algunos de ellos alcanzan un nivel socioeconómico elevado, por la cantidad de actividades comerciales, artesanales y turísticas, que los conducen a esos ingresos, permitiéndoles el intercambio de mercancías al exterior o a nivel nacional, esta parte de ellos se los puede localizar en urbe central, en cambio la otra parte la encontramos en las comunidades aledañas tanto mestizos como indígenas, que generalmente los últimos son más, y son dedicados al trabajo de campo, como la agricultura y ganadería; por ser la actividad agrícola una labor primaria, obliga a la población a buscar otras actividades como la construcción y el comercio y el trabajo en florícolas.

Así mismo, en estas zonas no podemos localizar un estado exacto del ordenamiento territorial realizado por el Municipio de Otavalo. Por otra parte, en Otavalo se observan áreas dedicadas a la biodiversidad, recursos que requieren de mucho cuidado para poderlos preservar y también cuenta con redes hidrográficas de total importancia para el abastecimiento de agua para la región Norte del país.

En lo que a salud se refiere está desatendido en cierta forma hacia las zonas alejadas y socialmente es cierto que los programas de apoyo están incrementando en el estado y pueden tomar en cuenta sólo a la urbe de Otavalo y no profundamente a las poblaciones que están aisladas, que necesariamente son las que más requieren ayuda tanto social, como económica, educación y salud, donde hay al menos una persona con discapacidad en cada vivienda.

## **2.1.2 DISCAPACIDAD**

### **2.1.2.1 Definición de Discapacidad**

La discapacidad es definida de acuerdo a la relación que se produce entre la persona y su entorno; de esta manera la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2006, como instrumento internacional que orienta las medidas a adoptarse por los países para el cumplimiento de sus derechos, define a la discapacidad de la siguiente manera:

“Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (MRL & CONADIS, 2013)

Todo este tema del concepto de discapacidad ha sido desarrollado a lo largo del tiempo, es decir ha tenido una variedad de cambios hasta la fecha. Y así mismo hay un cambio en su evolución de acuerdo con el tipo de discapacidad y en la aceptación de la inclusión e igualdad de las personas con discapacidad con la humanidad.

Alrededor de esta situación se ha procurado dar una definición de discapacidad que permita comunicarnos de una manera uniforme. Para ello, la OMS, entidad rectora en salud en el mundo, elabora la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías, hoy Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidas por esta organización de la siguiente manera, en la Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas:

### **2.1.2.2 Conceptos de deficiencia, discapacidad y Minusvalía según la ONU.**

- a. La deficiencia (impairment) se refiere a “Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.
  
- b. Discapacidad (disability) se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio
  
- c. Una minusvalía (hándicap) hace referencia a una “situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad del género, factores sociales y/l culturales)”. El término es también una clasificación de las “circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas”. La minusvalía describe las situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos.(ONU, 2008)

Según la Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud nos permite diferenciar entre los conceptos de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, donde nos demuestra que cada una tiene su criterio según la función que le corresponde a cada individuo que la presenta por ejemplo: Deficiencia es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Y la palabra discapacidad es la limitación funcional para cumplir una actividad que resultan de una deficiencia en lo que se refiere a lo normal y la palabra minusvalía describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esta relación de conceptos nos lleva a entender mejor que por una deficiencia se puede producir una discapacidad y la minusvalía se puede dar por resultados de una de las dos. Debido a estos conceptos el planteamiento de la Clasificación Internacional de la Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía ha sido criticada por la Organización Mundial de la Salud. Y es por ello que la terminología fue creada con el propósito de evitar la sustantivación y de esta manera lograr una integridad individual a cada situación personal que llegase a presentar, gracias a estas enunciaciones podemos diferenciarlos actualmente e identificar a cada una de las personas que lo padecen, lo que motivo a llevar a cabo la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

La Clasificación posee dos componentes: parte 1, sobre funcionamiento y discapacidad, y parte 2, sobre factores contextuales.

La primera, a su vez, se subdivide en: (a) funciones y estructuras corporales y (b) actividades y participación. Y la segunda se subdivide en: (a) factores ambientales y (b) factores personales. Globalmente, la CIF expresa una nueva visión por parte de la OMS. (Padilla-Muñoz, 2010)

**Tabla N° 1. Concepto de Deficiencia, discapacidades y minusvalías.  
Deficiencias, discapacidades y minusvalías**

<b>Deficiencias</b>	Intelectuales, Psicológicas, lenguaje, órgano de la audición, órgano de la visión, musculo-esqueléticas, sensitivas y otras.
<b>Discapacidades</b>	Conducta, comunicación. Cuidado personal. Locomoción. Disposición del cuerpo. Destrezas y aptitudes.
<b>Minusvalías</b>	Orientación, independencia física, movilidad, ocupacional, integración social, autosuficiencia económica. Otras minusvalías.

**Fuente:** Padilla-Muñoz, A; (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Colombia. Revistas Colombiana de Derecho Internacional

El Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador junto con el Consejo Nacional de Discapacidades creó un Manual de Buenas Prácticas, para la inclusión laboral de personas con Discapacidad, en base a dicho Manual determinó los diferentes tipos de discapacidad lo cuales son:

### **2.1.2.3. TIPOS DE DISCAPACIDAD**

#### **2.1.2.3.1. Discapacidad Física**

Se refiere a las deficiencias corporales y/o viscerales que ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otras. Estas deficiencias pueden ser evidentes (amputaciones, paraplejía, hemiparesia, etc.), pero también provocan el daño y la limitación en la función de órganos internos, y por lo tanto en muchas ocasiones pueden ser imperceptibles

(fibrosis quística de páncreas, insuficiencia renal crónica terminal, epilepsia de difícil control, enfermedades cardíacas, etc.)

#### **2.1.2.3.2. 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, etc.

#### **2.1.2.3.3 Discapacidad Sensorial.**

Dentro de esta discapacidad se encuentran las siguientes:

#### **2.1.2.3.4. 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.

#### **2.1.2.3.5. 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.

### **2.1.2.3.6. 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. (MRL & CONADIS, 2013)

Entre los diferentes tipos de discapacidad que nos menciona el Ministerio de Relaciones Laborales junto con el CONADIS, encontramos la discapacidad física, la discapacidad psicológica y la discapacidad sensorial, entre ellas se derivan la discapacidad visual, auditiva y la discapacidad del lenguaje.

La discapacidad física se define como una desventaja, consecuencia de una imposibilidad que limita el desempeño motor de la persona, la discapacidad psicológica presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes. Y la discapacidad sensorial, donde hallamos la discapacidad visual, la auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de unos de los sentidos. Se creó con la intención de orientar y brindarles alternativas a la hora de seleccionar a la población con los diferentes tipos de discapacidad para incluirlos en el ambiente laboral. Según otras investigaciones por otros autores, nos muestra que dentro de los tipos de discapacidad existe la discapacidad intelectual, que no es lo mismo que discapacidad psicológica, es un tema de discusión para otras investigaciones, y no se profundizará el tema, pero en este estudio se basará en la clasificación dada por el CONADIS. También es cierto que estas escalas que se han mencionado pueden variar y afectar a la persona presentándose múltiples tipos de discapacidad, lo que se podrían clasificar en otro tipo de niveles.

### **2.1.3 CALIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD.**

Para el 2012, el CONADIS registra en su catastro 350,860 personas entre menores y mayores de edad, es decir alrededor del 443 % de la población con discapacidad en Ecuador posee la debida acreditación otorgada por esta entidad. EL CONADIS a nivel nacional registra a las personas con discapacidad en el Registro Nacional de Discapacidades. Este proceso se compone por dos instancias: calificación y acreditación. La calificación de discapacidad es llevada a cabo por un equipo de profesionales, conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social, que evalúa y diagnostica en una persona los aspectos biológicos, congénitas o adquiridas, y cuyas consecuencias limitan o restringen en esa persona las actividades consideradas normales para su edad, sexo, formación, cultura u otros. (CONADIS, 2013).

En lo que concierne a los aspectos biológicos se busca las posibles deficiencias, discapacidades y minusvalías que presenta la persona y de ser necesario se hacen interconsultas de especialidad, sobre todo para los casos visuales, auditivos y viscerales. Respecto a la dimensión psicológica, se emite un criterio sobre las limitaciones en su desenvolvimiento psico-social y de las recomendaciones hacia una rehabilitación integral. Por último en los aspectos sociales se consideran factores familiares, económicos, laborales, culturales y del entorno (posibilidad de acceso a recursos de servicios comunitarios, barreras físicas, actitudinales y /o comunicacionales). (CONADIS, 2010)

Para cada aspecto se emite un porcentaje de acuerdo a una tabla de valoración porcentual, que serán sumados para obtener un porcentaje global. En el caso del factor social, el porcentaje solo puede ser entre 0 y 15 puntos porcentuales. Los profesionales determinan el tipo, grado y porcentaje de la discapacidad conforme a lo dispuesto en el Reglamento para la aplicación de la Ley sobre las Discapacidades que señala que *“para la calificación y valoración se utilizara en todo el país y en todas las*



*entidades calificadoras señaladas en la ley, la tabla de valoración de la minusvalía, publicada por el IMSERSO”.*

EL IMSERSO corresponde al Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, entidad gestora de la Seguridad Social de dicho país. Este organismo regula la valoración del grado de discapacidad en España según decretos y leyes pronunciadas desde el año 2000, para así garantizar el debido acceso a la protección establecida para las personas con discapacidad. La valoración del grado de discapacidad, se expresa como un porcentaje resultado de la aplicación de criterios técnicos unificados fijados en un baremo (hace referencia a una tabla de cálculos o normas fijadas para evaluar determinadas características de los individuos) establecido por el gobierno español. Este baremo a su vez se basa en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) de la OMS vigente en ese entonces y posteriormente se ajustará a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). De manera general, las pautas de valoración del IMSERSO no se fundamentan únicamente en el alcance de la deficiencia en términos objetivos; sino también en el efecto que la deficiencia tiene sobre la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. (IMSERSO, 2000). En otras palabras, se basa en el grado de discapacidad que ha originado la o las deficiencias. El marco de referencia respecto a las actividades de la vida diaria que se utiliza es el propuesto por la Asociación Médica Americana en 1994. (IMSERSO, 2000) De acuerdo a esta descripción sobre las actividades se construyen los grados de discapacidad; que en conjunto, serán los patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad. (IMSERSO, 2000)

**Tabla N°2. Grados. Clases y porcentajes de discapacidad.**

Grado, clase y porcentaje de discapacidad			
Grado de Discapacidad	Síntomas, signos o secuelas	Clase de Discapacidad	% de Discapacidad
<b>Grado 1:</b> Discapacidad Nula	Son mínimos y no limitan la capacidad de la persona para realizar las AVD.	<b>Clase I.</b> Deficiencias permanentes que no producen discapacidad.	0% acuerdo a esta descripción sobre las actividades se construyen los gr
<b>Grado 2:</b> Discapacidad Leve	Alguna dificultad para llevar a cabo las AVD. Sin embargo, son compatibles con casi la totalidad de las mismas.	<b>Clase II.</b> Deficiencia permanente que de acuerdo a los parámetros objetivos de cada órgano o aparato, originan una discapacidad leve	1%- 24 %
<b>Grado 3:</b> Discapacidad Moderada	Disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas AVD. Siendo independiente de las de autocuidado.	<b>Clase III.</b> Deficiencia permanente que de acuerdo a los parámetros objetivos de cada órgano o aparato, originan una discapacidad moderada.	25%-49 %
<b>Grado 4:</b> Discapacidad Grave	Disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectado algunas de las de autocuidado.	<b>Clase IV.</b> Deficiencia permanente que de acuerdo a los parámetros objetivos de cada órgano o aparato, originan una discapacidad grave.	50%-70%
<b>Grado 5:</b> Discapacidad muy Grave	Imposibilidad para realizar las AVD	<b>Clase V.</b> Dependencia de otras personas para realizar las AVD, demostrada mediante la obtención de 15 puntos porcentuales o más en el baremo específico.	75 % y más

**AVD:** Actividades de la vida diaria

**Fuente:**(IMSERSO, 2000), (Hernandez et al., 2008) y (Zambonino, 2013)

Cabe señalar que estos porcentajes son de manera general y varían de acuerdo a lo establecido para cada órgano o función del cuerpo humano estipulado en el Manual de Valoración de situaciones de Minusvalía del IMSERSO (2000) y otras normatividades. Bajo este esquema los profesionales calificadores capacitados y autorizados de Ecuador califican la discapacidad y además, utilizan el instrumento técnico denominado certificado único de discapacidad, diseñado por el CONADIS, para unificar el lenguaje de la calificación de discapacidad y poder comparar datos técnicos fácilmente dentro del país.

## **2.1.4 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD**

Las causas más importantes de deficiencias al nacer son los factores biológicos, entre ellos los FACTORES GENÉTICOS. De los niños menores de 5 años con alguna discapacidad, un 70% es atribuible a factores genéticos y problemas al nacer.

### **2.1.4.1 Discapacidades por causas biológicas:**

- Discapacidades por alteraciones en el número de cromosomas (Ejemplo: Síndrome de Down).
- Discapacidades al factor genético de tipo estructural.
- Discapacidades por genes mutantes.

### **2.1.4.2 Discapacidades por causas ambientales:**

- Discapacidades por enfermedades maternas infecciosas, ejemplo: virus de la rubéola que puede producir defectos congénitos (sordera, retardo mental, defectos cardiacos, o bajo peso al nacer)
- El citomegalovirus y la toxoplasmosis pueden producir defectos severos, mortalidad y abortos espontáneos.

### **2.1.4.3. Discapacidades por causas físicas: Agresiones que pueden causar alteraciones cromosómicas.**

### **2.1.4.4. Discapacidades por sustancias químicas**

Involucran medicamentos, drogas de aceptación social, drogas ilegales, productos químicos y sustancias tóxicas en general

#### 2.1.4.5. Discapacidades por causas sociales

Ejemplo: violencia contra la mujer.

#### 2.1.4.6. Discapacidades que se originan en el parto

- d. Parálisis cerebral: La lesión ocurre generalmente durante los últimos meses del embarazo y hasta los primeros dos o tres años de vida.
- e. Distocia de hombro y lesiones de plexo braquial: Distocia de hombro es cuando los nervios del hombro se estiran, comprimen o desgarran porque el médico tira demasiado fuerte del bebé al nacer.(Perú, Defensoría de la mujer, el niño, el adolescente y de las personas con discapacidad víctimas de actos de discriminación, 2013)

**Tabla Nº 3. Causas de discapacidad en América Latina.**

<b>Causas</b>	<b>Porcentaje</b>
Nacimiento 9,0	9
Enfermedades infecciosas 4,0	4
Enfermedad laboral 3,4	3,4
Otras enfermedades o vejez 67,0	67
Accidentes de vehículos 2,3	2,3
Otras enfermedades 0,6	0,6
Caídas 5,1	5,1
Exposición al humo o al fuego 0,2	0,2
Envenenamiento 0,2	0,2
Otros accidentes	3,8
Agresión de otra persona	1,8
Acciones de guerra	2,2
Desastres naturales	0,2
Minas antipersonales	0,1
Otras	0,1
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Vásquez, A. (2013) La discapacidad en América Latina. Discapacidad todo lo que debemos saber, <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>

Las causas de la discapacidad que presenta este artículo, es que gran parte de aquello se presentan por diversos factores, tanto por causas genéticas, biológicas, ambientales, físicas, sociales, químicas y otras que se relacionan con el parto. La que se presenta con mayor porcentaje y la que más les afecta es la discapacidad que se va adquiriendo con el tiempo es la vejez, y es, a este grupo de personas vulnerables a las que la mayoría de enfermedades les aquejan día a día. Otra de la causa seguida con mayor prevalencia es la del momento del nacimiento, la que impide que la persona crezca y se desarrolle con regularidad, considerada dentro del contexto normal para una persona que puede realizar todas sus actividades sin ninguna limitación.

## **2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA**

### **2.1.5.1. Estadísticas en el contexto mundial.**

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de sobre la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o

ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. (OMS & Mundial, Informe Mundial sobre la discapacidad, 2011)

La Organización Mundial de la Salud y El Banco Mundial han creado un Informe Mundial sobre la discapacidad, donde nos detalla acerca de que esta población está creciendo en relación con informaciones de estudios anteriores y además de las características que necesitan estas personas y de aquellas que tienen más riesgo de discapacidad, aquellas que son más graves y de la importancia que tiene el país donde se desenvuelve la persona afectada.

Este informe también nos muestra el conocimiento de datos para la posible instauración de programas innovadores que puedan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, debido al gran número de personas que existen en el mundo sin la debida atención y es así, que la discapacidad se vuelve una prioridad en lo que se refiere a sus derechos y el desarrollo correspondiente de ellos. (OPS, 2012)

### **2.1.5.2 Datos estadísticos de discapacidad en América Latina:**

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

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales.

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

La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo coexisten patologías de las etapas anteriores, tales como las enfermedades infecciosas, por vectores, parasitarias y nutricionales.

La Organización Mundial de la Salud, y las Pruebas Científicas e Información para las Políticas en el año 2000 nos explican la carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedades en países en

desarrollo entre 1990 y 2020. Nos dice que las enfermedades transmisibles en 1990 resultaron 49 y probablemente en el 2020 será 22, éntrelas No transmisibles en 1990 se determinaron 27 y para el 2020 será de 43. Y otra de la causas como los traumatismos y las causas externas en el 1990 resultó 15 y en el 2020 llegará a ser 21, y para terminar entre los traumatismos neuropsiquiatricos, encontraron 9 y para el 2020 serán una aproximación de 20.

Según la OMS el 50 % de las personas con discapacidades no pueden pagar la atención de Salud, frente a un 33 % de las personas sin discapacidades. (OMS, 2011)

En la Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico [OCDE], el ingreso de una persona con discapacidades, en promedio 15 % menor que el promedio de ingreso nacional. Incluso en algunos países como Australia o Irlanda, esta cifra alcanza niveles de 20 % y 30 % (OCDE, 2011)

Los cambios demográficos conducirán a un aumento mundial de la población, pero con modificaciones en su composición con una desviación hacia los grupos de adultos y ancianos expuestos a sufrir más enfermedades simultáneas y por períodos más prolongados que la población infantil.

La cifra actual de 91 millones de personas de 60 años y más se duplicará en las dos primeras décadas del siglo XXI y las enfermedades cardiovasculares causarán tres veces más defunciones y discapacidades que las infecciosas.

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud coordinó un estudio multicéntrico sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en siete ciudades:



Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago de Chile (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). En el estudio se encontró que menos de 50% de la población de 65 años y más notificó que gozaba de salud buena o excelente, en contraste con 76% de la población de la misma edad en el Canadá y los Estados Unidos de América.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad —sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, pertenecientes a un grupo familiar o solas, demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad.

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener, se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e integración o inclusión social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública y es esencial para lograr la equidad, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social.

Al establecer en 1982 el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho de esas personas a la igualdad de oportunidades, la participación plena en las actividades económicas y sociales, y la igualdad en el acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación. La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad, no solo del Estado, y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los

deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación. En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Por lo menos tres millones de discapacitados se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano; esa cifra es superior a la población de algunos países de la Región. Probablemente, más de un cuarto de la población total de la Región se encuentre afectada directa o indirectamente por la discapacidad de familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; en general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento. (Vásquez, La discapacidad en América Latina. Discapacidad todo lo que debemos saber, 2006)

Si bien es cierto que los estudios sobre el contenido de discapacidad en América Latina son muy escasos e insuficientes, y políticamente descuidados. Y las pocas muestras de estudios estadísticos realizados muestran un aumento progresivo de la discapacidad.

Otras de las situaciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional, ellos son los que más demandan de una sociedad donde la inclusión debe llegar hasta el lugar donde ellos habitan.

La política gubernamental pone más énfasis en la educación y la salud pública y médica pero un escaso porcentaje de inversión sobre la rehabilitación, es importante mencionar que la ayuda y la inclusión que debería tener este grupo de personas no sólo depende del estado sino también del apoyo de la sociedad para que puedan acceder a todos los servicios.

El autor nos explica que dentro de la información que obtuvo en el 2003, los países con una considerable prevalencia de la población con discapacidad resultaron México y Brasil con un porcentaje de 10.00 y 6.00 % y entre los países intermedios están Perú y Venezuela, luego están Argentina, Ecuador Y Guatemala y por último Costa Rica que cuenta con la menor población con discapacidad.

Por otro lado se relaciona a la discapacidad con la pobreza, esto hace que la situación de las personas con discapacidad empeore ya que son excluidas dentro del ambiente laboral.

En resumen todas estas oportunidades para ellos en esas fechas estaban excluidos de todos sus derechos.

Por esto, entonces dentro de la rehabilitación se vio la necesidad de que el enfoque médico y el tratamiento era una condición fundamental que requeriría la población afectada.

No obstante existen muchos aspectos que repercuten sobre la rehabilitación en las Américas un ejemplo de aquello es que la creación de programas de rehabilitación se llevan a cabo el 51% en todos los países y actualmente la Organización mundial de la salud y la Organización Panamericana de la Salud crearon un modelo en el que se tomarían en cuenta para ponerlos en marcha. Si bien, en el Ecuador este tema de Atención Integral en Rehabilitación hasta hace poco era muy escaso y débil en relación a los profesionales y programas de ayuda social. Pero han dejado a un lado a las comunidades alejadas de la población urbana.

Pero ahora en el siglo XXI, se puede decir que se están incrementado en cierta partes proyectos para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos y así vivir en condiciones de igualdad.

### **2.1.5.3 Datos estadísticos de discapacidad en el Ecuador:**

El 5,6% de la población ecuatoriana (816.156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad. (INEC, 2010). La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. Menos de la mitad de las personas con discapacidad (44%) reportan que sí han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo. El 80% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados. (MRL C. &, 2013-2017)

Por lo expuesto se evidencia que tanto en el mundo, como en las Américas y en el Ecuador; se vuelve a considerar que a la población a la que más afecta la discapacidad es la vejez. Nuestro país no va a ser la excepción, pero en cambio los accidentes de tránsito son más propicios y es una de las principales causas que también afectan mayormente a la población masculina y el menor porcentaje aqueja a los niños menores de 5 años. Generalmente ellos no cuentan con el acceso a Seguridad Social, ni otro tipos de seguros. Aunque aquí nos detalla una información generalizada, por lo que nos lleva a realizar estudios acerca de los grupos sociales ya que algunos de ellos tienen un acceso limitado a los servicios de atención médica, vivienda, transporte, y otros; en general, muchas veces su posición social y cultural es apartada y de aislamiento, igualmente otro punto importante es que no hace mucho las familias

Ecuadorianas escondían a sus familiares con discapacidad, porque consideraban que denigraban a su grupo social.

#### **2.1.5.4 Datos de Discapacidad según la “Misión Solidaria Manuela Espejo”**

En lo que se refiere a programas de ayuda social y en salud para las personas con discapacidad en el Ecuador podemos encontrar el **Programa de la Misión solidaria Manuela Espejo.**

Mediante Acuerdo Vicepresidencial N° 0124, de fecha 15 de abril de 2010, se dispuso declarar como información oficial pública de la Vicepresidencia de la República, a la base de datos de las personas con discapacidad identificadas en el Estudio Bio Psico Social Clínico Genético Misión Solidaria Manuela Espejo, otorgándole la denominación de Sistema de Información Manuela Espejo -SIME, de la Vicepresidencia de la República.

Durante el mes de julio del 2009 también se inicia en Ecuador 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, con especial énfasis en las zonas de más difícil acceso geográfico. Dicho estudio se llevó a cabo entre julio de 2009 y noviembre del 2010, durante 487 días de intenso trabajo en todos los cantones de las 24 provincias del país, a cargo de 314 especialistas cubanos, venezolanos y ecuatorianos. Estos especialistas médicos formaron equipos de trabajo con psicopedagogos, militares y líderes comunitarios. A través de los primeros hallazgos de este diagnóstico podemos apreciar que existe una prevalencia de 2,43 % a nivel nacional, es decir que 2 de cada 100 personas en Ecuador

presentan algún tipo de discapacidad y necesitan atención prioritaria. En relación con la tipología de las discapacidades detectadas, el diagnóstico muestra que el 0,78 % de las personas registradas tienen discapacidad visceral como la insuficiencia renal crónica, el 4,8 % discapacidad mental, 9,1 % discapacidad visual, 11,6 % discapacidad auditiva, 12,9 % discapacidad múltiple, 24,6 % discapacidad intelectual y el 36,7 % discapacidad físico motora. A modo de síntesis, los principales resultados del diagnóstico a nivel de provincia.

Una vez identificadas las necesidades de las personas con discapacidad, se puso en marcha el segundo bloque estructural de la Misión denominado "Operación Respuesta" con el objetivo de hacer llegar las ayudas técnicas a las personas ubicadas y geo-referenciadas en el diagnóstico. Para esta fase, se identificaron un total de 220 000 personas como destinatarias de las ayudas técnicas, prótesis de miembros y audífonos, así como 74 000 personas para recibir atención médica, psicológica, rehabilitación y medicación. Hasta el mes de enero de 2012 se han distribuido un total de 481 800 ayudas técnicas consistentes, según los casos, en colchones y cojines anti-escaras, sillas de ruedas, especiales para evacuar; bastones de diversos tipos, pañales, protectores de colchones, videles, entre otros implementos, junto con 6 429 kits de prevención de escaras y diversos enseres para el hogar. Además, también se distribuyeron 4 580 órtesis y prótesis junto con 10 000 soluciones habitacionales para mejorar las condiciones de habitabilidad de las personas discapacitadas en situación de extrema pobreza y marginalidad. (Monje, 2013).

#### **2.1.5.5 Datos de Discapacidad en Imbabura**

Según estadísticas del Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, el Registro Nacional de Discapacidades hasta el mes de

mayo 2013, registró a 361.487 personas con discapacidad; de las cuales 12.000 poseen discapacidad severa.

De acuerdo al tipo de discapacidades la población de Imbabura presenta en total 9.758 de la población con discapacidad, en el cantón de Antonio Ante las personas con afección auditiva se encontraron 240 y en la actividad física 432, en la actividad intelectual 175, y en la afección lingüística 16, en la afección Psicológica 43, y en la actividad visual 101, en total 1007 personas con discapacidad. En el Cantón Cotacachi con afección auditiva se registraron 410, con afección física 375, con dificultad intelectual 289, con dificultad lingüística 20, con psicológica 32, con afección visual 117, en total resultaron 1.243.

En capital de Imbabura, la ciudad de Ibarra se encontró con afección auditiva 873, con afección física 2.152, con problemas intelectuales 807, con problemas lingüísticos 43, con afección psicológica 170 y con visuales 500 en total 4545.

En la ciudad de Otavalo se registraron 519 personas con afección auditiva, 906 con problemas físicos, 345 con problemas intelectuales, 50 con afecciones lingüísticas, 71 con afección Psicológica, 239 con dificultad visual.

En el Cantón Pimampiro existen 112 personas con dificultad auditiva, 194 con dificultad física, 74 con problemas intelectuales, y 10 con disfunción lingüística, 15 con psicológicas y 45 con problemas visuales. En total 450 personas con discapacidad

El Cantón de Urcuqui cuenta con 80 personas con afección auditiva, 179 con problemas físicos, 74 con problemas intelectuales, 4 con afección lingüística, 8 con psicológicas y 38 con afección visual. En total 383 personas con discapacidad. (CONADIS, Registro Nacional de Discapacidades, 2013)

Cómo podemos observar en el Registro Nacional de Discapacidades del Consejo Nacional de Discapacidades, encontramos los datos de los cantones de la provincia de Imbabura de las personas con manifestaciones incapacitantes recolectadas en el año 2013, se evidencia que en la Provincia de Imbabura existen 9.758 en total de la población afectada.

En primer lugar la ciudad de Ibarra se registra la mayor cantidad de la población ya mencionada, entre las afecciones predominantes se encuentran los problemas físicos, seguidos de la dificultad intelectual y visual, en segundo lugar le continua la ciudad de Otavalo en donde también se puede apreciar una consideración mayor de personas con discapacidad, con mayor prevalencia las afecciones físicas e intelectual. El Cantón Urcuquí debido al bajo porcentaje de población que tiene el mismo, es el cantón con menos discapacidades en la provincia.

Esta información recolectada en este tiempo, puede ir variando, por ello vamos a intervenir en las zonas de toda la ciudad de Otavalo, dicho que es el segundo cantón con más tendencia a proveer los síndromes incapacitantes, por el hecho de la escasa información de ellos y hacia ellos en relación a la atención integral y la prevención y promoción de Salud.

#### **2.1.6 DEFINICIÓN DE LAS DISCAPACIDADES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE**

El lenguaje es un método de comunicación formalmente establecido que implica la comprensión y el conocimiento de un conjunto de símbolos y de los signos que permiten la correcta comprensión del significado del mensaje. Cuando queremos iniciar una conversación, el cerebro envía impulsos neuronales para que se activen todos los mecanismos



implicados en el habla. El sistema respiratorio tiene como función principal tomar oxígeno del aire y expulsar anhídrido carbónico.

El diafragma, la cavidad torácica, los músculos de la garganta, que trabajan expulsando el aire, también activan el sistema vocal.

La voz se produce en la laringe, que se sitúa en la parte superior de la tráquea y que aloja a las cuerdas vocales.

Cuando se expulsa el aire de los pulmones las cuerdas vocales vibran y producen sonidos. La mayor o menor longitud con que se producen los sonidos, hace que éstos sean más o menos graves o agudos, originando cambios en la entonación.

Las cuerdas vocales y la laringe constituyen el sistema de vibración o caja de resonancia.

El aire viaja a través de la garganta, la boca y la nariz- que constituyen el sistema de resonancia-, y se convierte en una gama de sonidos que son articulados promedio de los mecanismos estructurales del habla, que incluyen la lengua, el paladar, los dientes, los labios y la mandíbula.

#### **2.1.6.1 TIPOS DE DISCAPACIDADES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE**

En general podemos afirmar que la mayoría de las personas que padecen algún problema del habla o de lenguaje tienen serias dificultades para comunicarse con los demás.

Sin ninguna duda, las capacidades del habla y del lenguaje están estrechamente relacionadas y, en muchos casos, suelen considerarse como única categoría dentro de la educación especial. No obstante, nosotros consideramos que deben ser tratadas de manera independiente.

### 2.1.6.1.1 Discapacidades del Habla

El habla se considera anormal, cuando es ininteligible, desagradable al oído o entorpece la comunicación (Van Riper & Erikson 1996).

Los trastornos del habla que se producen con mayor frecuencia afectan a la voz, a la articulación, y a la fluidez.

A continuación se explica, acerca de los problemas en el funcionamiento del habla.

**Problemas de la voz.** Los problemas de la voz no son muy frecuentes durante la infancia, pero en caso de que se produzcan deben ser tratadas de forma inmediata por un especialista. En buena medida la voz es una parte sustancial de la propia identidad, y afecta directamente a la autoestima.

**Problemas de articulación.** Son las discapacidades del habla más frecuentes. (Van Riper & Erikson 1996). La articulación es el mecanismo mediante el cual se producen los sonidos. Para que el oyente sea capaz de comprender el contenido del mensaje, es necesario que escuche de forma nítida y clara cada una de los sonidos que componen el mismo. Si los sonidos se pronuncian de forma incorrecta o si se confunden entre ellos el contenido del mensaje será mal interpretado.

**Problemas de fluidez.** Los problemas de fluidez se asocian a la tasa o ritmo de producción de palabras por minuto que produce el emisor, mientras habla. Generalmente están relacionados con la omisión o la repetición de un determinado sonido lo que limita la fluidez en la producción oral. El problema de fluidez más frecuente es la tartamudez.

De igual manera se expone los conceptos de los componentes que intervienen en ésta discapacidad.

### **2.1.6.1.2 Los Discapacidades del Lenguaje**

**Habla:** déficit en la producción del lenguaje oral.

**Voz:** Problema en la producción de lenguaje oral, que tienen que ver con el tono, el volumen y o la resonancia de la voz.

**Articulación:** producción anormal de los sonidos

**Fluidez:** Interrupción brusca del ritmo o de la tasa de producción de las palabras en una frase.

**Lenguaje:** Desarrollo retrasado o desviado de la comprensión y del uso de los símbolos que sirven para expresar o recibir ideas, tanto orales como escritas.

**Forma:** déficit en el uso de las reglas que guían el lenguaje, las estructuras lingüísticas, las formas verbales y otro elemento que proporcionan el significado del mensaje.

**Contenido:** Incapacidad para comprender o transmitir correctamente el mensaje, las palabras o las frases.

**Uso:** Incapacidad para utilizar el lenguaje apropiado en cada contexto social.

### **2.1.6.2 CAUSAS Y PREVENCIÓN**

Como sucede con otras muchas discapacidades, el origen de los problemas del lenguaje y del habla es desconocido en la mayoría de los casos. No obstante existen otros casos en los que es posible conocer de manera exacta, cuales son las causas de las que deriva el trastorno.

**Discapacidades del Habla.** En general, sabemos que las causas que originan las discapacidades del habla son muy variadas. Con frecuencia se asocian a daños cerebrales, a un mal funcionamiento del sistema respiratorio o de los mecanismos bucales del habla, o a la mal formación de alguna parte del aparato fono-articulatorio. Muchos niños que tienen graves alteraciones en la disposición de sus dientes no pueden articular correctamente algunas palabras. A medida que crecen y se van haciendo adultos la cavidad bucal también aumenta de tamaño, lo que permite una recolocación de los dientes que hace que el problema desaparezca. Este ejemplo nos muestra como un problema de articulación como un problema de articulación puede afectar el habla. Sin embargo hay malformaciones más graves como el labio leporino, el paladar hundido que afectan gravemente a la habilidad para producir sonidos. La incidencia de estos problemas varía considerablemente, de unas razas a otras. Así nos encontramos con que el paladar hundido aparece, aproximadamente, en uno de cada 500 nacimientos de niños asiáticos en los Estados Unidos, 1 de cada 750 nacimientos de niños blancos y 1 de cada 2000 nacimientos afroamericanos.

**Discapacidades del lenguaje.** Muchos problemas que se incluyen dentro de la categoría de discapacidades del lenguaje tienen múltiples causas. Por ejemplo la afasia puede tener su origen en una lesión cerebral o en una enfermedad que afecte al sistema nervioso central. También puede surgir como consecuencia de una incapacidad para oír en el periodo en el que se está desarrollando el lenguaje. Descubrimientos recientes señalan un vínculo hereditario como una de las posibles causas de las discapacidades del lenguaje. Estos estudios ponen claramente de manifiesto que en algunas familias, tanto los miembros que constituyen la familia nuclear como los que forman parte de la extensa, presentan dificultades en el lenguaje muy similares. Estas dificultades se presentan especialmente en el uso del lenguaje; por ejemplo son incapaces de establecer una correspondencia correcta entre el sujeto y el verbo. También se han encontrado correlaciones muy altas dentro de la misma

familia cuando se evalúan errores en la adquisición de las formas gramaticales, lo cual refuerza la idea de los investigadores de que el origen de estos problemas es genético.

Pero el vínculo hereditario no explica todas las alteraciones del lenguaje. El retraso en el desarrollo del lenguaje, o los escasos de vocabulario pueden tener su origen en factores ambientales, incluyendo la ausencia de estimulación y de experiencias de desarrollo-aprendizaje adecuadas. Los factores contextuales también afectan a las habilidades que tienen los niños para adquirir el lenguaje y para utilizarlo de una forma eficaz. Afortunadamente, los problemas de intervención temprana reducen la probabilidad de que aparezcan estos problemas.

### **2.1.6.3 PREVENCIÓN**

Hoy en día, algunas discapacidades del habla y del lenguaje se pueden prevenir. En algunos casos esta prevención puede realizarse desde el momento del embarazo. Por ejemplo la polio o la rubeola pueden tener efectos devastadores sobre el feto. Una adecuada inmunización protege, tanto a la madre como al feto de esta y otras enfermedades. Recientes investigaciones han demostrado que un suplemento de ácido fólico durante el embarazo puede reducir entre 25 y un 50 % el riesgo de que el niño tenga al nacer labio leporino o paladar hundido (Maugh, 1995). Los cuidados prenatales son importantísimos para la salud de los bebés. La buena alimentación influye decisivamente en la fortaleza física y en el desarrollo temprano. También la posibilidad de suponer de cuidados médicos desde el momento del nacimiento previene enfermedades como la encefalitis vírica y la otitis media. Aunque la encefalitis no es un problema habitual, afecta a los sectores más desfavorecidos de la población y si no se trata adecuadamente puede producir problemas intelectuales y de lenguaje.

Existe una estrecha relación entre pobreza y discapacidades de lenguaje, ya que los niños con menos recursos económicos tienen menor acceso a la información y a los programas de prevención y tratamiento lo que les convierte en población de alto riesgo. Los programas de información destinados a los estratos sociales más desfavorecidos- basados en la importancia de los cuidados médicos, la nutrición, etc.- deberían estar disponibles en todo momento para poder abordar la prevención de enfermedades. Sin embargo es necesario implementar programas de prevención. (Deutsh Smith, 2003)

Deutsh Smith no da una detallada explicación sobre la diferencia entre las discapacidades del habla y las discapacidades del lenguaje ya que la primera tiene que ver con la voz, la articulación y la fluidez y la segunda tiene que ver mucho más con el habla, la voz, la articulación, fluidez, lenguaje, forma el contenido y el uso.

Sobre las causas es muy desconocido en la mayoría de los casos y que ambos se dan por lesiones cerebrales o hereditarias pero este vínculo no solo se refiere a las alteraciones del lenguaje sino también a la falta de aprendizaje adecuado, pero según estudios deberían realizarse otras investigaciones en las comunidades rurales, aunque por ser un sector rural presentan muchos factores de riesgos, ya sea por su identidad cultural, donde la mayoría tienen su propio concepto y utilización sobre la medicina alternativa, donde lo primordial sería enlazar datos y empezar las ayudas políticas para poder llegar a la conclusión del problema, o previniéndolos de otras posibles causas de discapacidad en las futuras generaciones.

En el enfoque interdisciplinar del trastorno del lenguaje.

Se debe tener en cuenta a la vez, los siguientes puntos

1. La sintomatología lingüística
2. Su origen congénito o adquirido

### 3. Los factores etiológicos

Si tomamos el primero punto, o sea las formas lingüísticas, es preciso conocer también si vienen añadirse patologías relacionadas con

- Defectos de la instrumentación de base, indispensables para la comunicación.
- Audición y aparato neuromotor
- Déficit de los procesos intermediarios gnósicos y práxicos. (Formigoni, Enfoque interdisciplinar: Trastornos de lenguaje, 2009)

Los trastornos del lenguaje se relacionan con otros problemas, por lo que es importante conocer este tema, para poder llegar a un criterio clínico y definir los problemas de investigación.

#### **2.1.6.4 El significado de calidad de vida**

La definición y concepción de la calidad de vida ha sido continua siendo un proceso complejo que presenta numerosos problemas técnicos y filosóficos este estado de la cuestión nos ha animado a considerar preferible no definir el término sino más bien acordar las dimensiones en indicadores centrales de una vida de calidad, así como varios principales que establecen como entender la calidad de vida. A lo largo del Manual, las dimensiones básicas de CDV se definen como un conjunto de factores que componen el bienestar personal. Los indicadores centrales del CDV “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones del CDV que reflejan el bienestar de una persona. (Schalok & Verdugo, 2003-2010)

Tradicionalmente se pensaba que factores objetivos, como la eliminación de la pobreza, podrían incrementar el bienestar personal, sin embargo para la población general, la correlación entre ingresos y

sensaciones de bienestar modesta (Myers, 2000). Los factores contextuales cuando definimos la discapacidad, deficiencias físicas, y el envejecimiento como ajustes problemáticos entre una persona y su entorno. Factores contextuales adicionales incluyen (Shalock, 2000):

- Una visión renovada sobre lo que constituyen las posibilidades de vida con una discapacidad, o una enfermedad física o que son mayores.
- Un nuevo modelo de pensar sobre tales individuos que se centra en la persona, en la variable ambiental que influyen su funcionamiento y en la posibilidad de efectuar cambios tanto a nivel individual como social.
- El cambio actual del paradigma con su énfasis en la inclusión, equidad, capacitación y apoyos emplazados en la comunidad.
- La revolución de la calidad con su énfasis en el control de calidad y en resultados valiosos para la persona.
- La evidencia de que los individuos pueden ser más independientes y productivos y estar más integrados en la comunidad y satisfechos cuando se proporcionan servicios y apoyos educativos y de salud y de habilitación basados en políticas y prácticas orientadas a la CDV. (Schalock & Verdugo, 2003-2010).

### **2.1.7 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)**

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes



“relacionados con la salud” del “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”.

Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras Corporales; (2) Actividades- Participación 3. Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer).

#### **2.1.7.1 Objetivos de la CIF**

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para 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;
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. (OMS, Objetivos de la CIF, 2001)

En resumen los objetivos de la CIF nos proporciona por una parte la unificación de un abordaje integral del paciente en el cual se compromete el problema del paciente poniendo en práctica los diferentes componentes de la funcionalidad, por medio de la creación del lenguaje común entre los profesionales de salud y así mismo permitir la relación de datos con los diferentes países y poder brindar una mejor calidad de vida a la población como también a los que padecen algún tipo de discapacidad. Son puntos que se han creado pero actualmente recién se están instaurando en las políticas de los países para la correspondiente aplicación.

#### **2.1.7.2. Elementos y Componentes de la CIF:**

La CIF está compuesta por cuatro escalas (funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación y factores contextuales), frente a las tres (deficiencia, discapacidad y minusvalía) que componían la CIDDM:

- La escala de deficiencias de la CIDDM se ha convertido en dos escalas (funciones corporales y estructuras corporales) en la CIF, si bien el conjunto de las dos es considerado un solo componente en la nueva Clasificación.
- La escala única de Actividades y Participación de la CIF es derivada de dos escalas en la CIDDM (Discapacidades y Minusvalías), si bien su aplicación puede hacerse de una forma diferenciada para la limitación en la actividad y para la restricción en la participación.
- Aparece una nueva escala en la CIF que no aparecía en la CIDDM, la escala de Factores Ambientales, quedando, además, a la expectativa de la posible aparición de la escala de Factores Personales, que se

enuncia pero no se desarrolla en la CIF, ambas como parte de los Factores Contextuales.

En la CIF aparecen unos elementos estructurales inéditos en la CIDDM: los dominios (como conjuntos de ítems relacionados entre sí) y los constructos (como conjuntos de calificadores o elementos que vendrán a determinar la gravedad o consecuencia en un determinado ítem según su aparición y en función de su grado o intensidad). (Egea García & Sarabia Sánchez, 2004). Estas escalas también se han ido modificando según la OMS, entre las que ya constaban en la parte 1 Funcionamiento y discapacidad se encontraban las estructuras y funciones corporales las dos representan un sólo un componente. Luego está la escala del Actividades y Participación, después aparece la escala de factores Ambientales, y la aparición de son los factores personales, perteneciendo a los Factores Contextuales que es la parte 2.

Estos factores se integran enlazándose unos con otros con el fin de determinar el estado de salud.

La CIF tiene dos *partes*, cada una con dos *componentes*:

#### Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad

- Funciones y Estructuras Corporales
- Actividades y Participación

#### Parte 2. Factores Contextuales

- Factores Ambientales
- Factores Personales.

\_ Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos.

\_ Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. La salud y los estados.

(OMS, Perspectiva de los componentes de la CIF; Visión de conjunto de la CIF, 2001)

La salud puede mostrarse de forma negativa o positiva (el individuo padece o no una enfermedad o trastorno), pero es importante señalar que la CIF es fundamentalmente útil para la evaluación y descripción de condiciones de salud y, por lo tanto, de la forma negativa de salud.

**Tabla Nº 4. Funcionamiento-Discapacidad y Factores Contextuales dentro de la CIF.**

	<b>Parte. 1 Funcionamiento y discapacidad</b>		<b>2. Factores contextuales</b>	
Componentes	Estructuras y funciones corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
dominios	Funciones corporales  Estructuras corporales  Funcionamiento	Áreas vitales (tareas y acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y discapacidad
constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicas)  Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómica)	Capacidad realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño/Realización, de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barreras de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de las personas
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades y participación	facilitadores	No aplicables
Aspectos negativos	Deficiencia  Discapacidad	Limitación en la actividad y restricción en la participación	Barreras/obstáculos	No aplicable

**FUENTE:** OMS, "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", Grafo S. A. OMS y OPS, Ginebra, 2001.

**Condición de salud:** Toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud con servicios comunitarios/sociales de ayuda.

**Definición de seria condición de salud:** decir una enfermedad, lesión, impedimento, o condición física o mental que involucra:

- Cualquier período de discapacidad o tratamiento conectado con el cuidado del paciente internado (por ejemplo, una estadía de una noche) en un hospital, hospicio o facilidad residencial para el cuidado médico; o
- Un período de discapacidad que requiere una ausencia de más de tres días calendario del trabajo, escuela u otras actividades regulares diarias que también involucren el tratamiento continuo por (o bajo la supervisión de) un proveedor del cuidado de la salud; o
- Cualquier período de discapacidad debida a un embarazo o para el cuidado prenatal; o
- Cualquier período de discapacidad (o el tratamiento consiguiente) como resultado de una seria y crónica condición de salud (por ejemplo, asma, diabetes, epilepsia, etc.); o
- Un período de discapacidad que es permanente o de largo plazo debido a una condición para la cual el tratamiento puede no ser efectivo (por ejemplo, Alzheimer's, apoplejía, enfermedades mortales, etc.); o
- Cualquier ausencia para recibir múltiples tratamientos (incluyendo cualquier período de recuperación de los mismos) por, o a través de la referencia de, un proveedor del cuidado de la salud para una condición que probablemente podría resultar en una discapacidad de más de tres días consecutivos si a la misma no se le da tratamiento (por ejemplo, quimioterapia, terapia física, diálisis, etc.)

Según mis resultados para dar un concepto en lo que se refiere a la condición de salud se demuestra relación acerca de la definición de enfermedad, lesiones y alteraciones, con lo cual se presenta a través de ella la situación de salud que disponen las personas con discapacidad. (AFSCME, 1996)

## **2.1.8 MODELOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD**

Los modos de comprender y clasificar la discapacidad han sido diversos. Los más avalados son:

- a. Modelo Médico-biológico.
- b. Modelo social.
- c. Modelo de las minorías colonizadas.
- d. Modelo universal de discapacidad
- e. Modelo biopsicosocial.

### **2.1.8.1 Modelo médico-biológico**

Durante muchos años, se planteó que, dado que algunas enfermedades tenían como producto final o efecto una discapacidad que inhabilitaba a la persona para desempeñarse en el mundo, el modelo médico-biológico podría extenderse para explicar estos procesos. Así, las consecuencias de la enfermedad que se llamarían discapacidades desviaciones de la normalidad de la estructura o función de la salud corporal o mental, podrían entenderse y manejarse aplicando el mismo modelo. Ante esta problemática se derivaban medidas terapéuticas o compensatorias habitualmente de tipo individual.

En este modelo:

La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Así mismo, se le asocian elementos como la permanencia, la dependencia y la pasividad. Por otra parte el modelo médico, al traducirse en políticas, privilegia la rehabilitación y las instituciones para entender u hospitalizar personas discapacitadas, colegios de educación especial, asilos para enfermos mentales, etc.

#### **2.1.8.2 Modelo de discapacidad social**

Al tener en cuenta las limitaciones del médico-biológico, el modelo de discapacidad social postula que la discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales insertas en un medio ambiente que en mucho es creado por el hombre.

Éste plantea que la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene la persona en ese ambiente y que definen su estatus de discapacitado. La CIF describe: La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las

áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológicos o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos.

En este tipo de modelo, la discapacidad es un hecho social. El déficit de la persona se evidencia solamente en un medio social que no ha tenido la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la persona, por ejemplo, una persona en silla de ruedas no tendría problemas (déficits), si la sociedad tuviera todos los requerimientos (sillas, plataformas, ascensores, etc.) que harían que su déficit no fuera incapacitante. Una persona ciega no tendría inconvenientes al estudiar si toda la literatura estuviera escrita en el lenguaje de Braille (método de escritura y lectura táctil) y tuviera un perro guía.

### **2.1.8.3 Modelo de las minorías colonizadas.**

El modelo de las minorías colonizadas o político-activista de la discapacidad es semejante al de discapacidad social; no obstante, incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad.

Desde esta perspectiva, se considera a la persona discapacitada como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo minoritario. La posición del discapacitado dependería de la población y del abandono social y político en él se encuentran, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con discapacidad.

Por otra parte, el modelo de las minorías colonizadas asume el modelo médico como predominante o “dominante”, que considera a la persona discapacitada como incapaz de definirse, regularse y determinarse a sí misma.



La persona discapacitada no podría regularse a sí misma y no tendría derechos, lo cual haría mayor hincapié en problemáticas de índole mental y cognitiva, así como patologías en las cuales la dependencia de terceros sea mayor.

#### **2.1.8.4 Modelo universal de la discapacidad**

El modelo universal de la discapacidad fue planteado por Irving Kenneth Zola y establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estamos en posición de riesgo. Por lo tanto, sin desconocer los logros de los grupos minoritarios, se debe buscar un planteamiento universal.

Este modelo dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean.

La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, al paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales.

Este modelo sugiere valorar y aceptar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo, pues todos estamos en riesgo y ante ello, la sociedad debe dar respuesta.

En este modelo, claramente promovido por países desarrollados o aquellos con mayor historia en el tema de discapacidad, las intervenciones, más que a personas particulares, estarían dirigidas a la población en general.

#### **2.1.8.5 Modelo biopsicosocial**

Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad. Por esto también se refleja en la clasificación de la CIF. (GUÍA DE LA OMS)

Por último, los modelos descritos han evolucionado a lo largo de la historia desde el ámbito primordialmente médico hasta modelos más integrativos, que incorporan paulatinamente los derechos de las personas con discapacidad e involucran los derechos humanos. De esta manera, podríamos plantear que se requiere un modelo multidimensional, que incorpore aspectos médicos, sociales, jurídicos, movimientos sociales, posición de riesgo, marginación y el modelo biopsicosocial, que provean un mejor entendimiento de la situación de discapacidad. (Padilla-Muñoz, 2010)

La evolución de estos modelos sobre el grupo de personas hacia el fenómeno de la discapacidad, se ha ido determinando por medio de ellos:

En el modelo médico Biológico envuelve el diagnóstico y la manera con la que encamina tomando a la patología como elemento primordial. Y este modelo tuvo muchas críticas por enfocarse en las barreras en lugar de la persona con la aparición de las ayudas técnicas. En el modelo Social la discapacidad ya es un hecho social, el cual se acerca a la interacción individuo-ambiente y crea la necesidad de manifestar los requerimientos de las personas con discapacidad por parte de la comunidad, la sociedad y el estado. Inicia, de alguna manera, el tema de inclusión social y familiar, dándoles la valoración respectiva a las personas y proporcionarles en cierta forma la autonomía y así, instaurar alternativas para alcanzar la igualdad de oportunidades.

Luego se crea el Modelo de las minorías donde la persona discapacitada es excluida y marginada por la falta de movilidad y existe la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a las necesidades que requiere la persona discapacitada, es entonces donde aparece el planteamiento 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, para no sentirse marginados por la concepción de los modelos anteriores.

Después viene el modelo Universal nos muestra que el tema de la discapacidad no es un atributo sólo para un grupo sino que la polémica con las demás situaciones, que el ser humano "normal" también puede afrontar en la vida con referencia a sus inhabilidades y que todos podemos presentar una discapacidad alguna vez en la vida. Este modelo tuvo una gran importancia en la determinación de la CIF, ya que ello nos llevó a entender que toda la población en general puede estar incluidos en el diagnóstico de igual manera.

Por último el modelo Bio psico social que se relaciona con la condición de la salud física y mental del sujeto, también de la persona con discapacidad y su entorno.

Por lo tanto el autor recomienda plantear sobre implantar un modelo multidimensional, que incorpore aspectos médicos, sociales, jurídicos, movimientos sociales, posición de riesgo, marginación y el modelo biopsicosocial, que provean un mejor entendimiento de la situación de discapacidad. Para esto importante que exista el apoyo político del Estado con la creación de programas o con la intervención de Instituciones que nos puedan proporcionar o recolectar información acerca de las personas que estén más propensas a estos requerimientos.

A diferencia de nuestro país, es donde nos lleva a realizar este tipo de estudios, a la búsqueda de aquellos, de las personas que más necesitan la atención personalizada, cómo los que se encuentran en las comunidades indígenas, encontrándose excluidos de intervenciones de promoción y prevención de salud, en donde se toman muy en cuenta las prácticas interculturales, y manejan los diversos tipos de medicina por ejemplo la convencional, ancestral y alternativa) y el tema de discapacidad se relaciona con ellas, los cuales se deberían conversar y llegar a un diálogo, pero actualmente las nuevas leyes ya han generado una verdadera gestión y atención en salud hacia esas zonas, las cuales se están fortaleciendo poco a poco y juntos como seres humanos interactuar por el bienestar mutuo.

También por medio de la Clasificación de la CIF, nos proporcionará resultados, si la afección pertenece a la deficiencia, discapacidad y minusvalía. Es de gran importancia mencionar que la CIF no clasifica a las personas sino la situación de cada persona, mediante sus dominios los cuales vienen a ser el contexto ambiental y personal.

La salud en forma positiva vendrá descrita por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación. La salud en forma negativa lo será por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Mientras tanto, los factores ambientales

actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y serán negativos en tanto que supongan una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.

Como podemos apreciar, esta nueva Clasificación de la OMS, resulta bastante compleja en su estructura. No obstante, estamos seguros de que la práctica en su aplicación permitirá una mayor precisión conceptual y a efectos clasificatorios del hecho de la discapacidad.

## **2.2 MARCO LEGAL Y JURÍDICO.**

A continuación se manifestará la normativa jurídica, al fin de garantizar las acciones adecuadas a tomarse en beneficio de las personas con discapacidad, para que se pueda asegurar el cumplimiento y propagación de los derechos de las mismas, en todo ámbito, independientemente del género, edad y/o cultura.

### **2.2.1 La constitución de la República del Ecuador.**

**Art. 11** El ejercicio de los derechos se regirán por los siguientes principios:

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce

o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real a favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

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

Según la Constitución de la República del Ecuador del 2008 (CONSTITUCION, 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.

### **2.2.2. En el Reglamento a la ley orgánica de discapacidades. (Correa, 2013)**

Capítulo I: Generalidades.

**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.

### **2.2.3. Derechos del buen vivir**

#### **Sección sexta: Hábitat y vivienda**

**Art. 30.-** Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica.

**Art. 31.-** Las personas tienen derecho al disfrute pleno de la ciudad y de sus espacios públicos, bajo los principios de sustentabilidad, justicia social, respeto a las diferentes culturas urbanas y equilibrio entre lo urbano y lo rural. El ejercicio del derecho a la ciudad se basa en la gestión democrática de ésta, en la función social y ambiental de la propiedad y de la ciudad, y en el ejercicio pleno de la ciudadanía.

#### **Sección séptima: Salud**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

#### **2.2.2.1. Ejes de políticas en el ámbito de las discapacidades acordes al plan nacional de buen vivir 2013 -2017. SENPLADES.**

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 investigación**

La metodología utilizada en este estudio es la investigación de tipo Descriptiva, ya que mediante datos recolectados con información sobre la situación de discapacidad en las comunidades de Otavalo, se observaron las necesidades que existen, debido a ello, sobresale realizar ésta investigación y mediante la encuesta se logró obtener información de la muestra encontrada, para entender más sobre el conocimiento del origen de su discapacidad, condiciones de salud y socioeconómicas y así se fijó las variables de estudio más importantes, las que más requieran atención en mi estudio.

Es de tipo correlacional porque se va a medir el grado de relación entre las variables seleccionadas: el Diagnóstico Geo referencial, la discapacidad, la condición socioeconómica y situación de salud de las personas con discapacidad en las comunidades.

Es de tipo Explicativo ya que va a responder las causas de los eventos, sucesos y fenómenos que se presentaron para iniciar y realizar la investigación.

El estudio sería de tipo exploratorio, ya que a través del Diagnóstico Situacional de la discapacidad podremos encontrar la información, por lo

tanto la exploración exacta de los individuos con discapacidad en las comunidades rurales de la Parroquia San Luis de Otavalo. Por ello se tendrá en cuenta, la búsqueda de estas personas como parte fundamental para poder llevar a cabo el proyecto, con la utilización correspondiente del sistema de Georeferenciación del GPS con sus respectivas coordenadas de la vivienda donde habita la persona con discapacidad, dándole la facilidad de localización, así mismo mediante la encuesta digital coleccionamos datos de ellos, y buscamos una explicación concreta sobre sus requerimientos ante los resultados de la investigación y así poder tratar y ayudar en parte, a los usuarios que padecen dificultades que lo incapacitan para realizar sus actividades en la vida diaria, y que son candidatos para esta investigación.

Asimismo será con un enfoque de tipo Cualitativo-Cuantitativo donde la población va a ser parte del estudio a base de cualidades (cualitativa) y a base números y datos previamente determinados (cuantitativa) y estudiados junto con la relación de variables y después de la realización de este trabajo cualitativo y cuantitativo ahí se va a identificar el Diagnóstico Geo referencial de la discapacidad, igualmente sobre su situación socioeconómica y de atención en salud de las comunidades ya mencionadas y no se manipuló las variables, sólo se las observó.

### **3.2. DISEÑO DE ESTUDIO**

El diseño será de tipo no experimental, ya que no se manejaran hipótesis, esperando llegar a la localización exacta, se entrevistó y se georeferenció la vivienda de las personas con discapacidad. Los eventos ya realizados como son la intervención de la encuesta y de la georeferenciación ocurrirán para encausar de mejor manera hacia la búsqueda del grupo vulnerable en las comunidades. Según el periodo y la secuencia es de corte transversal ya que se realizará durante los meses Febrero – Junio 2014. Ya que se basará, en un etapa de búsqueda de la

persona con discapacidad mediante la técnica de recolección de datos y buscar las alternativas que podríamos encontrar sobre las necesidades que requerirá la población, en este corto periodo de tiempo.

### **3.3 MÉTODOS**

Se utilizará el método **INDUCTIVO** ya que este presenta a cualidades básicas como: el registro de datos, análisis y clasificación de los hechos, debido a los antecedentes de la escasa información de las comunidades.

Además se llevó a cabo el método **ANALÍTICO**, donde se analizó ciertas variables que incluyen la encuesta con datos, donde se observarán las necesidades que presentan aquellos.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Esta investigación se realizó en la Provincia de Imbabura, en el Cantón Otavalo, en las comunidades de la Parroquia San Luis, las cuales las conforman: Imbabuela alto, Imbabuela Bajo, Cuatro esquinas, Mojandita Mirador, Mojandita, Mojanda y Taxopamba.

Según el censo 2010 el total de la población que habita en estas comunidades del cantón Otavalo Imbabura es de 13.399 personas, se visitó a todas las viviendas de las cuales para el presente estudio se han detectado 55 personas con discapacidad que residen en la zona “urbana” de la parroquia San Luis de Otavalo.(GADO, 2009-2014).

En esta investigación se trabajó con una muestra de 55 personas, entre hombres y mujeres que presenten diferentes tipos de discapacidad; tanto física, psicológica, lingüística, auditiva y visual.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Como técnica de investigación utilizaremos la Encuesta, iniciando la búsqueda de casa por casa. Se elaboró una encuesta digital formada por preguntas cerradas, dicotómicas, politómicas, en abanico, de opinión, las que nos permitirá una fácil tabulación, dirigida específicamente al individuo con discapacidad mediante un asesoramiento y apoyo logístico institucional. (Ver anexo N°3).

Como instrumento utilizaremos el GPS, y para la captura de datos se realizó la instalación del programa ODK colleta ajustada con el cuestionario correspondiente para la recolección, de datos respectivo con el cual se podrá realizar la respectiva Georeferenciación, que es aquella prueba que determinará las coordenadas de la vivienda del paciente.

Como medio para facilitar la información y para el análisis e interpretación de datos se utilizó el programa informático de Microsoft Excel, después de esto para la procesación de datos se los manejó mediante el programa de EpiInfoversión 3.5.4, ya que al concluir todos los datos se realizó la tabulación de las encuestas a través de tablas de frecuencia relativa que se pueden enunciarse en porcentajes, gracias al mismo.

### **3.6 ESTRATEGIAS**

Para poder llevar a cabo nuestro estudio, será necesario acudir al Jefe de la Comunidades de Imbabuela alto, Imbabuela Bajo, cuatro esquinas, Mojanda, Mojandita Mirador, Mojandita, Mojanda, Taxopamba para que nos brinde la autorización para realizar la encuesta y nos facilite información geográfica de cada una de las comunidades, en donde en algunos casos resultó una dificultad, por la ausencia de información sociodemográfica y territorial. Durante el mes de Febrero se recolectó a



las personas mediante la búsqueda, luego la utilización del GPS para facilitar las coordenadas de la vivienda donde habita la persona con discapacidad.

Para poder cumplir con los objetivos planteados de manera efectiva se tomará la muestra en estudio principalmente mediante la observación directa con el propósito de usar dicha información para tomar decisiones.

### **3.7 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

#### **Identificación de variables.**

1. Atención general en salud
2. Condición de salud oportunamente diagnosticada
3. Ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes
4. Origen de su discapacidad
5. Accidente
6. Alteración genética, hereditaria
7. Complicaciones en el parto
8. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
9. Consumo de psicoactivos
10. Desastre natural
11. Dificultades en la prestación de servicios de salud
12. Enfermedad profesional
13. No sabe
14. Otras
15. Víctima de violencia
16. familia con discapacidad
17. edad grupo, sexo, etnia.
18. alteraciones permanentes
19. Sistema Nervios
20. Ojos

21. Oídos
22. Demás órganos de los sentidos
23. La voz y el habla
24. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
25. La digestión, el metabolismo y las hormonas
26. El sistema genital y reproductivo
27. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
28. La pie
29. Otra
30. energía eléctrica, alcantarillado, recolección de basura y agua potable
31. condiciones de su vivienda
32. Bono del desarrollo humano
33. Misión de la Manuela Espejo
34. Afiliación
35. leer y escribir
36. Aprobó: Preescolar, Básica, Bachillerato.
37. La actividad económica
38. Ingreso mensual promedio

### 3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**Variable Independiente:** Discapacidad.

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Discapacidad</b>	Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial	Tipos de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Discapacidad Física</li> <li>• 2. Discapacidad Auditiva</li> </ul>

	que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. Discapacidad Lingüística</li> <li>• 4. Discapacidad Psicológica</li> <li>• 5. Discapacidad intelectual.</li> <li>• 6. Discapacidad Visual</li> </ul>
--	---	--	--

### Variable Dependiente

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Georeferenciación	Posicionamiento con el que se define la localización de un objeto espacial (representado mediante punto, vector, área, volumen) en un sistema de coordenadas y datum determinado.	<p>Longitud</p> <p>Latitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grados sexagesimales</li> <li>• minutos sexagesimales</li> <li>• segundos sexagesimales</li> <li>• 0° a 90°</li> </ul>

<p>Salud y Economía</p>	<p>Situación del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud con servicios comunitarios/sociales de ayuda. Y también se refiere a la sociedad considerada en términos económicos.</p>	<p>Altitud</p> <p>Atención adecuada y oportuna.</p> <p>Ocupación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo</li> <li>• Negativo</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metros sobre el nivel del mar</li> </ul> <p>Atención de los servicios de salud para las personas con discapacidad.</p> <p>Ayudas especiales a las personas con discapacidad.</p> <p>Situación laboral de las personas con discapacidad en Otavalo.</p> <p>Situación económica de las personas con</p>
-------------------------	---	--	---

		<p>Ingresos económicos</p> <p>Acceso a la Educación y servicios públicos.</p> <p>Aspectos sociales.</p>	<p>discapacidad en Otavalo.</p> <p>Situación educativa de las personas con discapacidad</p> <p>Recibe o no servicios del Gobierno y Afiliación a Institutos Estatales de Seguridad.</p> <p>Servicios básicos con los que cuentan las comunidades.</p> <p>Condiciones de la vivienda de la población.</p>
--	--	---	--

### **3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

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.

### 4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.2 Tabulación, Análisis e interpretación de resultados

Tabla n° 5. Identificación de Características de las personas con discapacidad en las comunidades de San Luis de Otavalo 2014.

Edad n = 55	Frecuencia	Porcentaje
1. Niños (0-9 años)	5	9,1
2. Adolescentes (10-18 años)	4	7,3
3. Adultos (19-64 años)	14	25,5
4. Adultos Mayores (>= 65 años)	32	58,2
Genero n = 55	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	24	43,6
Masculino	31	56,4
Etnia n = 55	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	1	1,8
Indígena	42	76,4
Mestizo	12	21,8

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

#### **Análisis:**

En la tabla de edad la hemos seleccionado según etapas, en la etapa de niñez se observó un 9,1 %, Entre adolescentes encontramos a 7,3 %. Entre adultos al 25,5, y entre adultos mayores un 58,2 %.

En la tabla de género se puede observar que el (43,6 %) correspondió al sexo femenino y el (56,4 %) al sexo masculino. Dentro del grupo étnico se encontró entre blancos el 1,8 %, mestizos el 21,8 %, y siendo el grupo indígena el de mayor porcentaje con un 76,4 %.

**Tabla n° 6.\_Origen de la discapacidad de los individuos en las comunidades de San Luis del Cantón Otavalo, 2014.**

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD		N	%
No		35	63,6
Si		20	36,4
<b>Total</b>		55	100,0
PRINCIPALMENTE, SU DISCAPACIDAD ES A CONSECUENCIA DE:		N	%
	Accidente	9	16.4
	Alteración genética, hereditaria	2	3.6
	Complicaciones en el parto	2	3.6
	Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	1	1.8
	Consumo de psicoactivos	1	1.8
	Desastre natural	1	1.8
	Dificultades en la prestación de servicios de salud	3	5.5
	Enfermedad profesional	1	1.8
	No sabe	33	60.0
	Otras	1	1.8
	Víctima de violencia	1	1.8
	<b>Total</b>	55	100.0
¿EN SU FAMILIA EXISTE O EXISTIERON MAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?		N	%
	No	20	36,4%
	No sabe	11	20,0%
	SI	24	43,6%
	<b>Total</b>	55	100,0%

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa



## **Análisis:**

Dentro del origen de la discapacidad se evidenció que con mayor porcentaje el 63,6 % (35 personas) no tiene conocimiento sobre el origen de su discapacidad y el 36,4 % (20 personas) si conocen su origen de su discapacidad. Por otra parte se observó que su discapacidad, principalmente fue a consecuencia de las siguientes opciones: accidentes (16 %), alteración genética, hereditaria (3.6%), complicaciones en el parto (3,6), condiciones de salud de la madre durante el embarazo (1,8 %), consumo de psicoactivos (1,8 %), desastre natural (1,8 %), dificultades en la prestación de servicios de salud (5,5%), enfermedad profesional (1,8 %), Otras (1,8%), víctima de violencia (1,8%). Con un mayor porcentaje resultó que el 60 % de las personas desconoce también las consecuencias de su discapacidad. Con respecto a si en su familia existieron más personas con discapacidad; en su mayoría el 43,6 % (24 personas) si tienen familiares con antecedentes de discapacidad, el 36,4 % (20 personas) no tienen antecedentes de familiares con discapacidad y el 20,0 % (11 personas) no tienen conocimientos si en su familia existieron o no, más personas con discapacidad

**Tabla n° 7.\_Atención de los servicios de salud para las personas con discapacidad de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	45	81.8
<b>Si</b>	10	18.2
<b>Total</b>	55	100.0
<b>¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	40	72.7
<b>Si</b>	15	27.3
<b>Total</b>	55	100.0

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En la tabla 7 se observó que la condición de salud de las personas discapacitadas no fue oportunamente diagnosticada (81,8%) y un (18,2 %) fue diagnosticada a tiempo.

Y el 72,7 % no ha recibido atención general en salud en el último año. El 27,3 % si recibió atención general en salud.

**Tabla n° 8.\_Ayudas especiales a las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>¿LE ORDENARON USAR AYUDAS ESPECIALES, PRÓTESIS O MEDICAMENTOS PERMANENTES?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	39	70.9
<b>Si</b>	16	29.1
<b>Total</b>	55	100.0
<b>¿UTILIZA ACTUALMENTE AYUDAS ESPECIALES, PRÓTESIS O MEDICAMENTOS PERMANENTES?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	45	81.8
<b>Si</b>	10	18.2
<b>Total</b>	55	100.0
<b>¿CREE QUE AÚN NECESITA DE AYUDAS ESPECIALES, PRÓTESIS O MEDICAMENTOS PERMANENTES?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	19	34.5
<b>Si</b>	36	65.5
<b>Total</b>	55	100.0

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En la tabla 8 se evidenció que al 70, 9 % no le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes y al 29, 1 % si le ordenaron.

El 81, 8 % no utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes. El 18,2 % si utiliza estas ayudas dentro de los que si les ordenaron usarlas.

El 65 % de las personas con discapacidad si cree que aún necesita de estas ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes y el 34 % no las cree necesarias, por lo tanto la mayoría de ellos no utilizan estas ayudas y el 50 % de ellos si creen necesitarlos.

**Tabla n° 9.\_ Tipos de discapacidad según edad, a personas con discapacidad en las comunidades de San Luis de Otavalo, 2014.**

CONDICIÓN DE SALUD QUE MAS AFECTA P= 0,0108	EDAD GRUPO									
	1		2		3		4		TOTAL	
	Niños		Adoles		Adultos		Adulto Mayor			
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2	3,6	0	0,0	5	9,1	3	5,5	10	18,2
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8	2	3,6
El sistema nervioso	2	3,6	2	3,6	1	1,8	1	1,8	6	10,9
La voz y el habla	0	0,0	1	1,8	1	1,8	13	23,6	15	27,3
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	1	1,8
Los oídos	0	0,0	1	1,8	6	10,9	6	10,9	13	23,6
Los ojos	0	0,0	0	0,0	1	1,8	7	12,7	8	14,5
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>9,1</b>	<b>4</b>	<b>7,3</b>	<b>14</b>	<b>25,5</b>	<b>32</b>	<b>58,2</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

### **Análisis:**

En la tabla n° 9 se observó que de las 15 personas afectas (27,3 %) con la condición de la voz y el habla, de las cuales 13 de ellas (23,6 %) corresponden en su mayoría a adultos mayores, 1 persona (1,8 %) es adultos Joven y 1 persona más (1,8 %) correspondió a un adolescente. A 13 personas (23,6 %) la condición de salud que más le afectan son los oídos, de las cuales 6 personas (10,9 %) son adultos mayores, 6 personas más (10,9 %) son adultos jóvenes, y 1 persona (1,8 %) corresponden es adolescente. A 10 personas afectas (18,2 %) con la condición de alteración del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; se apreció que 5 personas de ellas (9,1 %) pertenece a adultos

jóvenes, 3 personas (5,5 %) corresponde al grupo de adultos mayores, 2 personas (3,6 %) pertenece al grupo de niños.

A 8 personas (14,5 %) la condición de salud que más les afecta son los ojos, de las cuales se observó que 7 personas de ellas (12,7 %) corresponde a adultos mayores, 1 persona (1,8 %) pertenece al grupo de adultos jóvenes.

A 6 personas afectas (10,9 %) con la trastornos en el Sistema Nervioso, se apreció que 2 personas (3,6 %) pertenece al grupo de niños, 2 personas (3,6 %) son adolescentes, 1 persona (1,8 %) adulta joven, y 1 persona más (1,8 %) al grupo de adultos mayores. A 2 personas (3,6 %) las cuales la condición de salud que más afecta es el Sistema Cardiorrespiratorio y las defensas, 1 persona (1,8 %) pertenece al grupo de niños, y 1 persona (1,8 %) al grupo de adultos mayores.

Por último se observó a 1 persona (1,8 %) que la condición de salud que más afecta son los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) con relación a la edad; a 1 persona (1,8 %) corresponde al grupo de adultos mayores.

**Tabla n° 10.\_ Tipos de discapacidad en las comunidades según Etnia en Otavalo, 2014.**

CONDICIÓN DE SALUD QUE MAS AFECTA P= 0,7687	ETNIA							
	Blanco		Indígena		Mestizo		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	N	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	0	0,0	9	16,4	1	1,8	10	18,2
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	3,6
El sistema nervioso	0	0,0	3	5,5	3	5,5	6	10,9
La voz y el habla	1	1,8	11	20,0	3	5,5	15	27,3
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,8
Los oídos	0	0,0	9	16,4	4	7,3	13	23,6
Los ojos	0	0,0	7	12,7	1	1,8	8	14,5
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>	<b>42</b>	<b>76,4</b>	<b>12</b>	<b>21,8</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

### **Análisis:**

Dentro de Las condiciones de salud que más le afectan con respecto al grupo étnico se observó que a 15 personas afectas (27,3 %) por la condición de la voz y el habla; de los cuales 1 persona (1,8 %) pertenecen al grupo de blanco, 11 personas (20,0 %) correspondiente al grupo de indígena, a 3 personas (5,5 %) corresponde al grupo Mestizo.

A 13 personas afectas (23,6 %) por trastornos en los oídos, de las cuales 9 personas (16,4 %) pertenecen al grupo indígena, 4 personas (7,3 %) al grupo de mestizos.

A 10 personas (18,2 %) las cuales la condición que más le afecta es el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; 9 personas de ellas (16,4 %) pertenece al grupo indígena, 1 persona (1,8 %) corresponde al grupo de mestizo.

A 8 personas afectas (14,5 %) por trastornos en los ojos, 7 personas (12,7 %) corresponde al grupo indígena, 1 persona (1,8 %) pertenece al grupo de mestizo.

A 6 personas (10,9 %) de las cuales la condición más les afecta es el sistema nervioso, a 3 personas (5,5 %) pertenece al grupo indígena, a 3 personas (5,5 %) corresponde al grupo mestizo. A 2 personas (3,6 %) la condición que más les afecta es el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; de las cuales las dos pertenecen al grupo indígena. A 1 persona (1,8 %) la cual la condición que más les afecta es los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) corresponde al grupo indígena.

**Tabla n° 11.\_ Tipos de discapacidad según Sexo en las comunidades de la Parroquia San Luis de Otavalo, 2014.**

CONDICIÓN DE SALUD QUE MAS AFECTA P= 0,7687	GENERO					
	Femenino		Masculino		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1	1,8	9	16,4	10	18,2
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	0	0,0	2	3,6	2	3,6
El sistema nervioso	2	3,6	4	7,3	6	10,9
La voz y el habla	11	20,0	4	7,3	15	27,3
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	1	1,8	0	0,0	1	1,8
Los oídos	5	9,1	8	14,5	13	23,6
Los ojos	4	7,3	4	7,3	8	14,5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>43,6</b>	<b>31</b>	<b>56,4</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:** A 15 personas afectas con la condición de la voz y el habla (27,3 %), de las cuales 11 personas (20 %) son del sexo femenino, 4 personas (7,3 %) son del sexo masculino. A 13 personas (23,6 %) de las cuales les afecta la condición de los oídos; 5 personas (9,1 %) son del sexo femenino y 8 personas (14,5 %) son del sexo masculino.

A 10 personas afectas (18,2 %) por trastornos en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; 1 persona (1,8 %) es del sexo femenino, 9 personas (16,4 %) es del sexo masculino.

A 8 personas (14,5 %) de la cual la condición que más afecta son los ojos, se observó a 4 personas (7,3 %) del sexo femenino y a 4 personas (7,3 %) del sexo masculino. A 6 personas afectas (10,9 %) por trastornos en el Sistema Nervioso de los cuales se encontró a 2 personas (3,6 %) del sexo femenino, y 4 personas (7,3 %) del sexo masculino. A 2 personas (3,6 %) la condición que más afecta es el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; de las cuales las dos personas (3,6 %) pertenecen al sexo masculino. A 1 persona afecta (1,8 %) por trastornos en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto), la misma persona que resultó del sexo femenino.



**Tabla n° 12.- Condiciones de servicios básicos de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>ENERGÍA ELÉCTRICA n=55</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	6	10,9
Si	49	89,1
<b>ALCANTARILLADO n=55</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	48	87,3
Si	7	12,7
<b>RECOLECCIÓN DE BASURA n=55</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	25	45,5
Si	30	54,5
<b>AGUA POTABLE n=55</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	5	9,1
Si	50	90,9

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

### **Análisis:**

En esta tabla se pudo constatar que en las condiciones de los servicios básicos en lo que se refiere a la energía eléctrica el 89.1 % si tienen energía eléctrica y el 10.9 % no tienen. En el Alcantarillado el 87.3 % no cuenta con el servicio de alcantarillado y el 12.7 % si cuenta con este servicio.

En cuanto al teléfono el 96,4 % no tienen teléfono y el 3,6 % si tiene teléfono. En el 54,5 % de la población afirmaron que el recolector de basura si acude a su comunidad y el 45,5 % afirmó que el recolector de basura no visita su comunidad. En el agua potable el 90,9 % si cuenta con el servicio de agua potable y el 9,1 % no cuenta con agua potable.

**Tabla n° 13.- Condiciones de la vivienda de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>ACTUALMENTE VIVE EN:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Apartamento	1	1,8
Casa	40	72,7
Cuarto	12	21,8
Otro tipo de vivienda	2	3,6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>
<b>EN QUÉ CONDICIONES POSEE LA VIVIENDA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Arriendo o subarriendo	2	3,6
Otra	2	3,6
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	15	27,3
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	3	5,5
Vivienda propia totalmente pagada	30	54,5
Vivienda propia y la está pagando	3	5,5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Geo referencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

### **Análisis:**

Dentro del tipo de vivienda de las comunidades de la población el 72,7 % vive en casa, el 21,8 % en un cuarto, el 3,6 % viven en otro tipo de vivienda y el 1,8 % vive en un apartamento.

Según las condiciones el 54,5 % habitan en vivienda propia totalmente pagada, el 27,3 % habitan en una vivienda de un familiar sin pagar arriendo, el 5,5 % habitan en vivienda de un tercero sin pagar arriendo y el otro 5,5 % tienen vivienda propia y la están pagando, el 3,6 % arriendan o subarriendan y el otro 3,6 % viven en otro tipo de vivienda.

**Tabla n° 14.- Servicios del Gobierno que recibe la personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>RECIBE ALGÚN SERVICIO DEL GOBIERNO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	18	32,7
Si	37	67,3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>
<b>BONO DE DESARROLLO HUMANO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	16	29,1
Si	39	70,9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>
<b>MISIÓN MANUELA ESPEJO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	49	89,1
Si	6	10,9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En la tabla n°14 el 67,3 %de la población si recibe servicios del gobierno y el 32,7 % no recibe servicios del gobierno.

El 70,9 % recibe el bono de desarrollo humano y el 29,1 % no recibe el bono, en cuanto al bono de la Misión Manuela Espejo el 89,1 % no recibe este bono pero el 10,9 % si recibe ayuda de la Misión Manuela Espejo.

**Tabla n° 15.- Afiliación a Instituciones Estatales en Servicios de Salud de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

<b>AFILIACIÓN A INSTITUCIONES ESTATALES EN SERVICIOS DE SALUD</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>IESS</b>	1	1.8
<b>Ninguno</b>	52	94.5
<b>Seguro Campesino</b>	2	3.6
<b>Total</b>	55	100.0

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En la afiliación a Instituciones Estatales en Servicios de Salud de la población de las comunidades rurales el 94,5 % no se encuentra afiliado a ningún seguro, el 3,6 % se encuentra afiliado al seguro campesino y el 1,8 % está afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**Tabla n° 16.\_ Nivel educativo de las personas con discapacidad las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

¿SABE LEER Y ESCRIBIR?	n	%
No	45	81,8
Si	10	18,2
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

¿CUÁL ES LA CAUSA PRINCIPAL POR LA CUAL NO ESTUDIA?	n	%
Costos educativos elevados o falta de dinero	3	5,5
Necesita trabajar	2	3,6
No existe centro educativo cercano	1	1,8
Otra razón	14	25,5
Por falta de tiempo	2	3,6
Por su discapacidad	6	10,9
Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar	21	38,2
Si asiste actualmente a algún establecimiento educativo	5	9,1
Su familia no quiere que estudie	1	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:** En la tabla 16 se evidenció que el 81,8 % de personas con discapacidad no saben leer, ni escribir, y el 18,2% si saben leer y escribir. Se observó que unas de las causas principales por las que no estudian es el 38,2 % considera que no está en edad escolar, por los resultados anteriores que observamos que la mayoría de personas con discapacidad recolectadas son adultos mayores, el 25,5 afirmó por otras razones, el 10,9 % por su discapacidad, el 9,1 % asiste actualmente a algún establecimiento educativos, otra causa es por razones familiares del cual el 5,5 % son de escasos recursos económicos o los costos educativos eran elevados, el 3,6 % necesita trabajar y el 3,6 % no tienen tiempo para estudiar, el 1,8 % de la población no tiene un centro educativo cercano en la comunidad, el 1,8 % su familia no quiere que estudie. En cuanto a la educación que ha recibido si responde a sus necesidades (20 %) aunque el 67,3 % no estudio, el 1,8 % no está estudiando, y el 10,9 % dijo que la educación no respondía a sus necesidades.

**Tabla n° 17.\_ Edad Escolar de las personas con discapacidad las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

¿Usted aprobó?	Frecuencia	%
Bachillerato	1	1,8
Básica	9	16,4
Ninguno	41	74,5
Preescolar	4	7,3

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En la edad escolar se observó que el 74,5 % no estudió por lo tanto no aprobó ningún nivel Educativo, el 16,4 % aprobó el Nivel Básico, el 7,3 % el preescolar y el 1,8 % está en el Bachillerato.

**Tabla n° 18.\_ Ingreso Económico mensual de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

¿CUÁL ES SU INGRESO MENSUAL PROMEDIO?	Frecuencia	Porcentaje
0-100 usd	36	65,5
No tiene ingreso mensual	19	34,5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferencial de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

Del 100 % de la población se afirmó que el 65,5 % su ingreso mensual promedio es de 0-100 usd y el 34,5 % no tiene ingreso mensual.

**Tabla n° 19.\_ Actividad Económica actual de las personas con discapacidad de las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

LA ACTIVIDAD ECONÓMICA EN LA CUAL TRABAJA ACTUALMENTE SE RELACIONA CON:	Frecuencia	Porcentaje
Agrícola	14	25,5
No está trabajando	39	70,9
Otra actividad	1	1,8
Servicios	1	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad.

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

**Análisis:**

En cuanto a la relación de la actividad económica en la cual trabaja el 70,9 % no se encuentra trabajando, el 25,5 % se dedica a la actividad agrícola, el 1,8 % se dedica a otras actividades y el 1,8 % se dedica a otros servicios.



**Tabla n° 20.\_ Actividad económica actual según analfabetismo en las comunidades de la Parroquia San Luis de la ciudad de Otavalo 2014.**

La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: <b>P=0,0173</b>	¿Sabe leer y escribir?					
	No		Si		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Agrícola	13	23,6	1	1,8	14	25,5
No está trabajando	32	58,2	7	12,7	39	70,9
Otra actividad	0	0,0	1	1,8	1	1,8
Servicios	0	0,0	1	1,8	1	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>81,8</b>	<b>10</b>	<b>18,2</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Diagnóstico Georeferenciado de la Discapacidad

**Elaborado por:** Elizabeth Figueroa

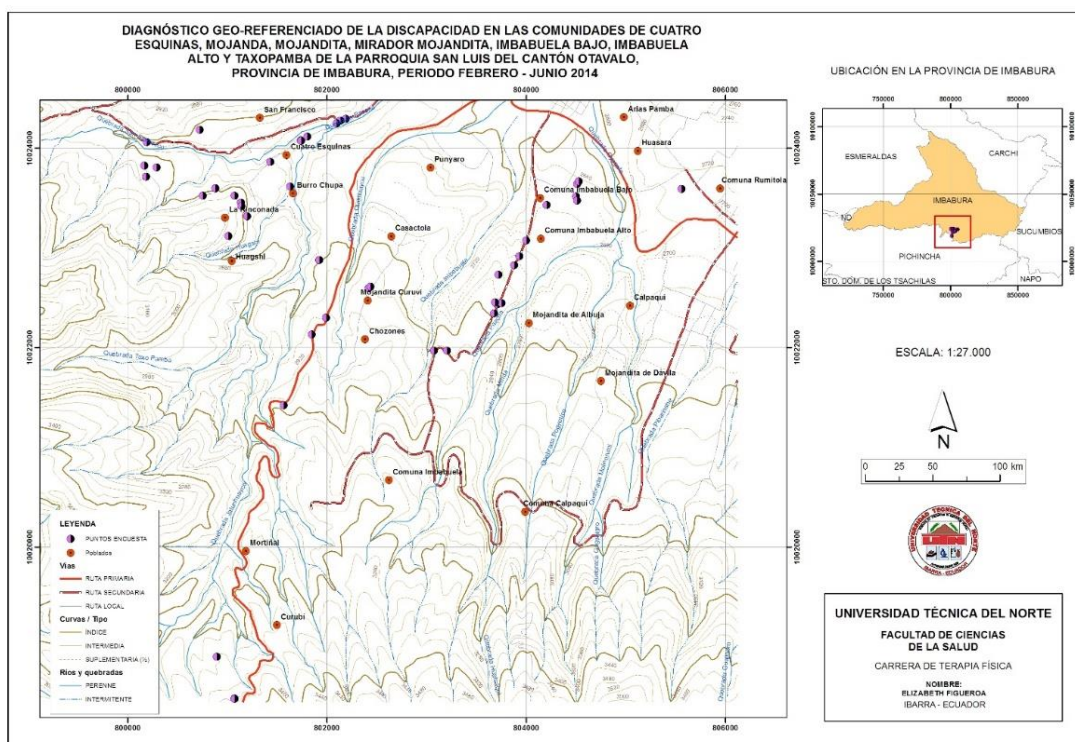
#### **Análisis:**

El 70,9 % (39 personas) de las personas que no se encuentran laborando, el 58,2 % (32 personas) no saben leer ni escribir y el 12,7 % (7 personas) si saben leer y escribir.

El 25,5 % (14 personas) de las personas de las cuales se dedican a su actividad económica como es la actividad agrícola, el 23,6 % de ellas (13 personas) no saben leer ni escribir y el 1,8 % (1 persona) si sabe leer y escribir.

El 1,8 % (1 persona) está realizando otra actividad, de la cual el 1,8 % (1 persona) si saben leer y escribir. El 1,8 % (1 persona) se dedica a otros servicios, de la cual el 1,8 % (1 persona) si saben leer y escribir. En total entre las actividades económicas a las que se dedica actualmente, con mayor porcentaje se observó a las que no están trabajando (70,9 %), seguido de las que se dedican a la actividad agrícola (25,5 %), otra actividad (1,8 %) y otros servicios (1,8 %) con relación al analfabetismo el 81,8 % no saben leer y escribir y el 18,2 % si saben leer y escribir.

### 4.3 MAPA DE GEOREFERENCIACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE LA PARROQUIA SAN LUIS.



### 4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo al número de personas con discapacidad que se encontró en las comunidades rurales de la Parroquia San Luis, se analizó los resultados de las características importantes, para dar una orientación sobre la muestra a investigar.

Posteriormente a éste análisis e interpretación de resultados del trabajo realizado; se evidencia que existe prevalencia discapacidad en adultos mayores del género masculino con un porcentaje de 58,2 %. En lo que concierne al grupo étnico se encontró mayoritariamente con un 76,4 % lo cuales pertenecen al grupo indígena. Esta prevalencia se corrobora con los datos obtenidos en el estudio realizado por el CONADIS que afirma que la presencia de discapacidad está directamente relacionada con la

edad; que el 33% tiene más de 65 años y afecta más a la población masculina de 20 a 64 años. (CONADIS, Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades, 2013-2017)

Respecto a su situación de salud, se muestra índices altos de un 81,8 % de las personas con discapacidad, la cual asegura que su condición de salud no fue oportunamente diagnosticada y el 72,7 % no ha recibido atención general en salud durante el último año, y mucho menos un 81,8 % no reciben ayudas técnicas ni medicamentos. Este dato es alarmante ya que a nivel de avances constitucionales destaca que la Constitución de Ecuador (2008) ordena la creación de sistemas de inclusión y equidad social, con servicios estatales de salud universales y gratuitos, con énfasis en niños, embarazadas, adolescentes y adultos mayores, personas con discapacidad, y quienes padezcan enfermedades catastróficas y de alta complejidad. Lo cual relacionado con los resultados obtenidos no se ha logrado cumplir totalmente en las comunidades, ya que la población con discapacidad no es amparada por estos beneficios.

Según la Información científica por parte de la Agenda Nacional de Discapacidad del CONADIS, las enfermedades heredadas y adquiridas, los problemas al momento del parto, las infecciones y la mala práctica médica, se registran entre las principales causas de discapacidad en la población de 5 años y más (65%). A nivel rural se reportó el 91%, muy por encima del 73% en el sector urbano. (CONADIS, Agencia Nacional para la igualdad en Discapacidades, 2013-2017), pese a esto en lo que se refiere al conocimiento sobre el origen de la discapacidad de las personas encuestadas resultó que el 63,6 % desconoce el origen de su condición, por la misma situación que el 60 % también desconoce las causas. . Lo cual con los datos obtenidos en este estudio se observó que la falta de promoción y prevención por parte de la dotación de información y acreditación de salud es considerable. En este sector la discapacidad Lingüística de acuerdo a la condición de salud de la voz y el habla, que en su mayoría pasan desapercibidos, resultó con un porcentaje alto de 27,3

% presentándose ésta con mayor incidencia en los adultos mayores correspondientes al sexo femenino de la etnia indígena. Seguido de la discapacidad Auditiva con un 23.6 %, y la discapacidad física con un 18,2 %. Dato que difiere de acuerdo a la investigación realizada por la Misión Solidaria Manuela Espejo, en el Ecuador se evidencia que el 36,7% corresponde a personas con discapacidad de tipo físico motora siendo la de mayor prevalencia. (Monje J. , 2013). Esto muestra que las discapacidades que surgen en la provincia son de diferentes clases por tanto no se puede tratar de la misma forma a todos, además son discapacidades de diferentes nivel de gravedad. (Andrade Ruiz, 2012)

Dentro del ámbito económico en el cual se desenvuelve de acuerdo a sus ingresos económicos el 65,5 % se refirió entre 0-100 usd respectivamente a su entrada económica resultante del Bono del desarrollo Humano por lo que, las condiciones en las que viven o las necesidades que presentan son extremadamente alta. Dato que infiere con la investigación denominada “Análisis de la atención a las personas con discapacidad, a través de los programas y servicios de: salud, educación, protección legal, económica, seguridad social, inserción laboral en la provincia de Imbabura, año 2012”, en la que menciona que, el 65 % de Imbabureños señala que no cuenta con el bono que brinda el gobierno y solo el 35 % es contribuido con el bono. (Andrade Ruiz, 2012). Teniendo muy en cuenta que estos resultados pertenecen al sector rural y urbano de la Provincia. En cuanto a la relación de la actividad económica según la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del Ecuador en junio del 2012, la población de 15 años y más que se auto identifica como indígena, 519.156 personas forman parte de la población económicamente activa (PEA), de los cuales el 98,8% se encuentra ocupado (513.109 personas); mientras que, 160.182 personas forman parte de la población económicamente inactiva (PEI). De la población ocupada indígena de 15 años y más, el 64% realiza actividades dentro de la rama de la agricultura, ganadería, caza y silvicultura. El 10% trabaja en el comercio y el 8% en la construcción. (INEC, El empleo

indígena en el Ecuador, una mirada a su situación y estado de ánimo laboral, 2012) Con relación a los datos obtenidos indica que el 70,9 % no se encuentra trabajando, y el 25.5 % está dedicada a la agricultura, actividad en la cual se desenvuelve. Lo que nos demuestra que la población con discapacidad indígena en las comunidades están desempleadas, la mayoría se encuentra en el hogar, y de igual manera, concuerda con el dato, aquellos se dedican a la actividad agrícola pero trabajando no como labor económica, sino como actividades de autoconsumo. Y que la diferencia en cuanto al acceso laboral entre las personas con discapacidad y sin discapacidad aún existe y más aún en lo que respecta socialmente por su cultura, persistiendo la influencia de 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.

En el 2001, en el Ecuador se identificó que el 67.5% de las viviendas disponen de abastecimiento de agua por red pública, pero existen diferencias entre el área urbana (83.7%) y el área rural (39.9%). El 48% de las viviendas cuentan con eliminación de las aguas servidas por red pública de alcantarillado: 66.6% urbana y 16.4% rural. Esto significa que cuatro veces más viviendas urbanas están conectadas a sistemas de evacuación que las rurales. (Viteri Díaz, 2007). Acerca de las condiciones de servicios básicos en el sector se pudo constatar que el 89,1 % de la población si cuenta con energía eléctrica, el 90,9 % si tiene agua potable, el 54,5 % si cuenta con el recolector de basura una vez a la semana, y por ser “comunidades rurales” el 87,3 % no cuenta con alcantarillado. Sin embargo este dato muestra lo contrario, en lo que se refiere al alcantarillado, siendo estas comunidades consideradas parte de un sector urbano, pero cabe señalar que estas zonas están en una topografía pronunciada.

En lo que respecta al ámbito social, acerca de la afiliación de Instituciones Estatales en servicios de salud el 94,5 % no se encuentra

afiliado a ningún seguro sobre prestaciones de salud. Antes los datos teóricos en el Ecuador el 79% no tiene acceso a seguridad social alguna, el 12% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad social (IESS), el 0.5% a seguros privados. (CONADIS, Agencia Nacional para la igualdad en Discapacidades, 2013-2017)

Hace 4 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 con la creación de programas entre ellas el Bono de Desarrollo Humano, Misión Joaquín Gallegos Laray la Misión Solidaria Manuela Espejo, éstas dos últimas encargadas de beneficiar a la población con discapacidad. Según investigaciones de la Misión Solidaria Manuela Espejo en el 2012 afirma haber visitado en la provincia de Imbabura a 35.213 habitantes de los cuales se encontró a 7.388 personas identificadas con la condición y de haberles brindado a 18.622, atención médica a las personas con discapacidad y capacitación a los familiares.(Monje, 2013). Lo cual relacionado con los resultados obtenidos según los beneficios que recibe, se realizó un análisis importante sobre las condiciones económicas que nos permite identificar que el 70.9 % reciben el bono de desarrollo Humano, con lo cual sólo les permite desarrollar sus actividades básicas y con un menor porcentaje del 10,9 % recibieron ayuda de la Misión Manuela Espejo %. Se puede determinar que en el programa “Misión Manuela Espejo” y programas implantados por el Estado necesitan realizar más visitas hacia estas comunidades de la Parroquia San Luis en cuanto a la ayuda de las personas que presentan diferentes tipos de discapacidad.

En el ámbito educativo, lo que llama la atención que siendo estas comunidades las más cercanas al sector urbano el índice de analfabetismo tenga un 81,3 % siendo en su mayoría adultos mayores y adultos jóvenes, por lo que ellos consideran que ya no están en edad escolar y su nivel de instrucción es Básica. Lo que nos demuestra que la

mayoría de la población de las comunidades no estudio por la necesidad de trabajar y dedicarse a la agricultura desde temprana edad.

Dato que infiere en la teoría que en la población indígena el analfabetismo es de 20,4%. Si desagregamos por sexo el analfabetismo en mujeres indígenas llega al 26,7%.

El analfabetismo se concentra en personas entre 50 y 69 años de edad. (INEC, 2010). Lo que argumenta las bases de ingreso de las personas con discapacidad sobre las condiciones en las que vive.

De acuerdo al analfabetismo, existe una estrecha relación en cuanto a la actividad económica en la cual trabaja actualmente y sobre el acceso limitado a la educación y la falta de inclusión laboral, por lo que el 70,9 % de los que están desempleados, el 58,2 % no saben leer ni escribir.

De igual manera el 25,5 % de los que se dedican a la actividad agrícola, el 23,6 % tampoco saben leer ni escribir. Con estos resultados es necesario mencionar que la Revista e-análisis coyuntural del INEC junto con los datos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) de junio del 2010, 2011 y 2012. Señala que el 77% de la población indígena sin discapacidad de 15 años y más que está ocupada sabe leer y escribir. (INEC, El empleo indígena en el Ecuador, una mirada a su situación y estado de ánimo laboral, 2012).

Ante los datos nos explica que este grupo vulnerable indígena de adultos jóvenes no se incluye aún a la sociedad en lo que se refiere a la educación (alfabetización o adquiriendo el lenguaje adecuado dependiendo de su discapacidad) y por lo tanto en el ambiente laboral.

El Gobierno Nacional por medio del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas con

discapacidad de todo el país, a través de la entrega de soluciones habitacionales dignas y adecuadas a sus necesidades.

Existe una ligera diferencia positiva en la cobertura del sector urbano (1.31%) frente al sector rural (0.46%) (CONADIS, Agencia Nacional para la Igualdad en Discapacidades, 2013-2017).

Aunque es importante mencionar que éste apoyo brindado por el gobierno se realiza para atender solamente a las personas con discapacidad identificadas en situación crítica, en relación a nuestros datos obtenidos dentro del tipo y la condición en que se presentan la vivienda, el 72,7 % habitan actualmente en casa y el 54,5 % habitan en una vivienda propia totalmente pagada.

Pero siendo este sector rural que lo conforma en su mayoría personas del grupo étnico indígena, donde ellos explican que su vivienda es totalmente propia sin ningún beneficio del Estado; señalaron también que antiguamente existían las posesiones de tierras y así adquirirían su territorio y podían construir su vivienda.

Finalmente cabe mencionar que esta investigación nos permitió observar las necesidades que presentan las personas afectadas de las comunidades rurales de la Parroquia San Luis, conociendo también acerca de las condiciones de salud en la que se encuentran; de la cual la discapacidad lingüística fue la que más incidencia presentó y al grupo de personas que más se encontró correspondió al de adultos mayores, con relación al sexo, con mayor prevalencia fue el sexo femenino y generalmente de todas las discapacidades con un gran porcentaje el sexo masculino, los mismos que tienen barreras para acceder a los servicios de salud y como resultado de la presencia de analfabetismo ya que ellos desde temprana edad se han dedicado a las labores del hogar y a la actividad agrícola como actividad de autoconsumo.



#### **4.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

##### **¿Cuál es la condición de salud de las personas con discapacidad de las comunidades rurales de la parroquia San Luis?**

Se logró identificar que la condición de salud no es la adecuada, ya que en un 81.1 % se evidenció que no fue oportunamente diagnosticada, y el 72.7 % no ha recibido atención general en salud durante el último año y por lo tanto no les ordenaron las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes., ni tampoco las están utilizando actualmente.

De igual manera un 63,6 % desconocen el origen y las causas de su discapacidad. Al revisar los resultados de la encuesta a la población con discapacidad, podemos establecer que la condición de salud está decayendo en las comunidades urbanas y mucho más con el pasar de los años, siendo los adultos mayores un grupo vulnerable debido al difícil acceso que tienen ellos. El número total de personas con discapacidad en el mundo es grande, y el hecho de que no tengan acceso y /o/ u una adecuada atención en salud va a implicar considerablemente en su condición de salud y a medida que pasa el tiempo aumentará su afección, si no es controlada a tiempo.

##### **¿Qué tipo de discapacidad se presenta con mayor incidencia según edad, sexo y etnia en las personas evaluadas dentro de las comunidades?**

Se logró describir el tipo de discapacidad de acuerdo a la condición de salud que más les afecta donde se observó un resultado mayoritario de la voz y el habla; es decir, las personas con: Discapacidad Lingüística: deficiencia para la expresión verbal que dificulta la comunicación y la interrelación con un porcentaje de 27,3 %.

De las cuales afecta con gran porcentaje a los adultos mayores (23,6 %) del sexo femenino (20 %), correspondientes a la etnia indígena (20 %).

### **¿Cuáles son las características sociales y económicas que presenta la población con discapacidad en las comunidades mencionadas?**

Primero se realizó la encuesta y la georeferenciación con sus respectivas coordenadas y límites, luego se procedió a reunir todos los datos de las personas con discapacidad de las comunidades de Imbabuela alto, Imbabuela bajo, cuatro esquinas, Mojandita, Mojandita mirador, Mojanda y Taxopamba. Mediante la información del sistema georeferencial se inició la búsqueda de la población, luego se realizó el análisis de la situación económica y laboral, acerca de las condiciones en que vive y de las cuales se desenvuelve en su comunidad:

Con respecto a las condiciones de vivienda, el mayor porcentaje se encuentra habitando en casa propia, totalmente pagada. El cuanto a los servicios básicos que poseen, todas las viviendas cuentan con luz eléctrica, pero en pocas viviendas el agua para su consumo es potable, en otras sólo es entubada (provenientes de quebradas), mientras que la recolección de basura está presente un día a la semana en la mayoría de familias, y el mayor porcentaje no cuentan con alcantarillado, debido a que las comunidades de la Parroquia San Luis, se encuentran en zonas altas y que están por emplazarse.

La mayor parte de las personas no trabaja (70,9 %), se dedica a realizar actividades de autoconsumo u oficios del hogar. El 81,8 % no sabe leer, ni escribir, lo que indica que el analfabetismo está presente en gran cantidad, ya que la mayor parte de ellos aprobó hasta la educación básica y algunos únicamente el preescolar, el 38,2 % no estudia porque considera que ya no está en edad escolar y aquellas personas que trabajan se dedican principalmente a la agricultura. Por lo tanto al hablar de afiliación a servicios estatales de salud, el 94,5 % no está afiliado a ningún seguro social.

El ingreso económico más importante que reciben son los 50 dólares que provienen del Bono de Desarrollo Humano, ya que considerablemente, el 65.5 % posee un ingreso mensual bajo los 100 dólares. La ocupación actual, el ingreso mensual, y la educación recibida, se relacionan entre sí, lo que provoca que la mayor parte de las personas con discapacidad, vivan en condiciones sumamente lamentables.



## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

En la presente investigación deja ver la realidad de las diferentes necesidades que presentan las personas con discapacidad en las comunidades.

- Se identificó una muestra de 55 personas con discapacidad en las cual se mostró al grupo con mayor significado resultante el de adultos mayores con un 58,2 % y pertenecientes al sexo masculino de la cultura indígena, y a los adultos jóvenes con un 25.5 %, los cuales no cuentan con una condición de salud apropiada, lo que demuestra que no fueron diagnosticados a tiempo y no recibe atención general en salud hace más de un año peor aún ayudas técnicas, prótesis o medicamentos permanentes y de igual manera no existe un estudio real acerca del conocimiento del origen y las causas que ocasionaron la condición.
- Se determinó que la discapacidad que más incide en estas comunidades según la condición que más le afecta es la discapacidad Lingüística con un 27,3 % afectando a los adultos mayores con un 23,6 % del sexo femenino (20 %), correspondientes a la etnia indígena con un 20 %.
- Se evidenció que la situación social que presentan los habitantes con discapacidad no es la adecuada, ni la que ellos necesitan ya que la mayoría de las personas no están afiliadas a ningún seguros. También

se observó la falta de información acerca del manejo de la discapacidad. Pero, si cuentan con la mayoría de los servicios básicos y por ser comunidades rurales no poseen alcantarillado.

- En lo que se refiere a la Educación, se concluyó que el nivel educativo es bajo pues el índice supera en la muestra un 81,8 % de analfabetismo, lo que le limita el pleno desarrollo y su participación en la sociedad, presentando repercusiones durante todo su ciclo vital, afectando el entorno familiar, restringiendo el acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando el goce de otros derechos humanos, situación que se presenta como una barrera, resultándoles muy difícil el aprendizaje.
- Dentro de la situación Económica indicó que el 65,5 % recibe ingresos por debajo de los 100 usd, correspondientes al servicio de Bono de desarrollo humano que proporciona el Gobierno y la población esta activamente económica gracias a este servicio que de igual manera es su sustento económico mensual. Los datos confirman que la mayoría de la población discapacitada fue restringida a participar en su edad escolar por lo tanto no tuvieron acceso a la etapa estudiantil ya que sus ancestros y la necesidad de alimentarse los obligaba a buscar su sustento diario debido a esta situación que como soporte alimenticio, la población se dedica a sus actividades de autoconsumo y a la agricultura.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las Instituciones u Organizaciones del Gobierno o Privadas que ofrecen ayuda a la población con discapacidad y o u adultos mayores, poner más énfasis en este grupo de personas, brindándoles una atención médica integral ambulatoria y ayudas en lo que se refiere a la situación de salud, utilizándolos más que todo con fines preventivos y especialmente en las comunidades, que según datos estadísticos de las Instituciones por atender a la población afectada en los sectores urbanos dejan a un lado la parte rural.
- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública informar y distribuir a los profesionales de salud, de tal manera que puedan llegar hacia la población y brindarles atención en lo que respecta a la Medicina Basada en la Comunidad, y fomentar por parte del GAD de Otavalo, estilos de vida saludables: a la persona, familia y comunidad y generar programas de promoción para el desarrollo de la salud para mantener a la comunidad activa. Y concientizar a la comunidad informándoles que la condición de discapacidad no son minusválidos.
- Se debería iniciar conversaciones entre las autoridades locales de cada comunidad y del GAD Otavalo para coordinar y analizar las falencias que existen dentro del hábitat de la población con discapacidad e incluirlos dentro de los derechos que como ciudadanos les corresponden y concientizar a la población, realizando eventos que integren a las personas con discapacidad en la parroquia incluyendo a las sociedad.
- El Distrito zonal de Educación de Otavalo debería reforzar la alfabetización brindada a la comunidad especialmente a los adultos y explicarles de que se trata y para qué, y puedan desenvolverse en lo que necesiten en lo que respecta al conocimiento de leer y escribir,

para así, contribuir al desarrollo del progreso de su salud de igual forma a su independencia económica.

- En definitiva esta tesis con la información recolectada, con las características de las necesidades de salud y socioeconómicas que presentan las comunidades de la Parroquia San Luis de Otavalo servirá de mucha información para Instituciones, entidades públicas y privadas que quieran apoyar a las personas con discapacidad y así mismo, será útil para futuras investigaciones para identificar las causas, origen de esta condición y poder brindarles una mejor calidad de vida en dentro del ambiente donde habita.



### 5.3 BIBLIOGRAFÍA Y LINGÜOGRAFÍA

- Andrade R, W. (2012). *“Análisis de la atención a las personas con discapacidad, a través de los programas y servicios de: salud, educación, protección legal, económica, seguridad social, inserción laboral en la provincia de Imbabura, año 2012”*. Maestría en Gestión de Desarrollo Social. Universidad Técnica Particular de Loja. Ibarra-Imbabura.
- AFSCME. (1996). *Departamento de Trabajo de los EE.UU., Administración de Normas de Empleo, División de Salarios y Horas de Trabajo, Guía de Aplicación para la Ley de Ausencia Familiar y Médica, Publicación WH 1421.* <http://www.afscme.org/news/publications/en-espanol/ley-de-ausencia-familiar-y-mdica-una-gua-completa-de-afscme-para-usted-su-familia-y-su-unin/apndice-a-definicin-de-seria-condicin-de-salud>.
- Cevallos, M. (6 de enero de 2012). *Actualización Del Plan De Vida Y Formulación Del Plan De Ordenamiento Territorial Del Cantón Otavalo.* (pág.7-36-37).[http://app.sni.gob.ec/sinlink/sni/%23recycle/PDyOTs%202014/1060000500001/PDyOT/04022013\\_170642\\_PDOT-O-2%20TOMO.pdf](http://app.sni.gob.ec/sinlink/sni/%23recycle/PDyOTs%202014/1060000500001/PDyOT/04022013_170642_PDOT-O-2%20TOMO.pdf)
- Consejo Nacional de Discapacidades [CONADIS] (2010). *Guía de unidades y equipos de profesionales autorizados a calificar discapacidad.*
- Conadis. (2014). *Normas Jurídicas en Discapacidad Ecuador.* Quito: Don Bosco
- Consejo Nacional de Discapacidades [CONADIS] (2013). *Registro Nacional de Discapacidad,* Fecha de corte: Mayo 2013.

- Congreso de la República del Perú. (2013) *Defensoría de la mujer, el niño, el adolescente y de las personas con discapacidad víctimas de actos de discriminación*. [http://www.congreso.gob.pe/i\\_organos/defensoria/discapacidad.htm](http://www.congreso.gob.pe/i_organos/defensoria/discapacidad.htm)
- Deutsh S, D. (2003), *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial: Discapacidad del habla y del lenguaje*. Madrid. Pearson Educación S. A., pág. 199-218
- De Longhi, A.; Ferreyra, A. *Metodología de la Investigación II*. Primera edición. Argentina. Editorial Encuentro, 55-58.
- Egea, C. & Sarabia, A. (2004). *Visión y Modelos Conceptuales de discapacidad*. [http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/EgeaSarabia\\_modelos.pdf](http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/EgeaSarabia_modelos.pdf) En visitado en Junio 2013.
- Formigoni, M, G. (2009), *Infancia Fonoaudiología y lenguaje: Enfoque interdisciplinar: Trastornos de lenguaje*. Argentina. Brujas. Pág. 47.
- García A. (2007). *Valoración de la discapacidad*. Fundación Eros Consumar. España. [http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos\\_y\\_campanas/2007/12/11/172778.php](http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2007/12/11/172778.php)
- Gobierno Autónomo Descentralizado de Otavalo (2014). *Administración 2014-2019*. Otavalo. Obtenido de: <http://www.otavalo.gob.ec/>
- Hernández, M. A; Rodríguez, G. T; Gerona, P. (2008). *La discapacidad en España. Equipos de valoración y orientación (EVO)*. Prestaciones. Valoración de la discapacidad por disfunción de sistema Musculo esquelético. En rehabilitación Madrid N°42 (276-86).

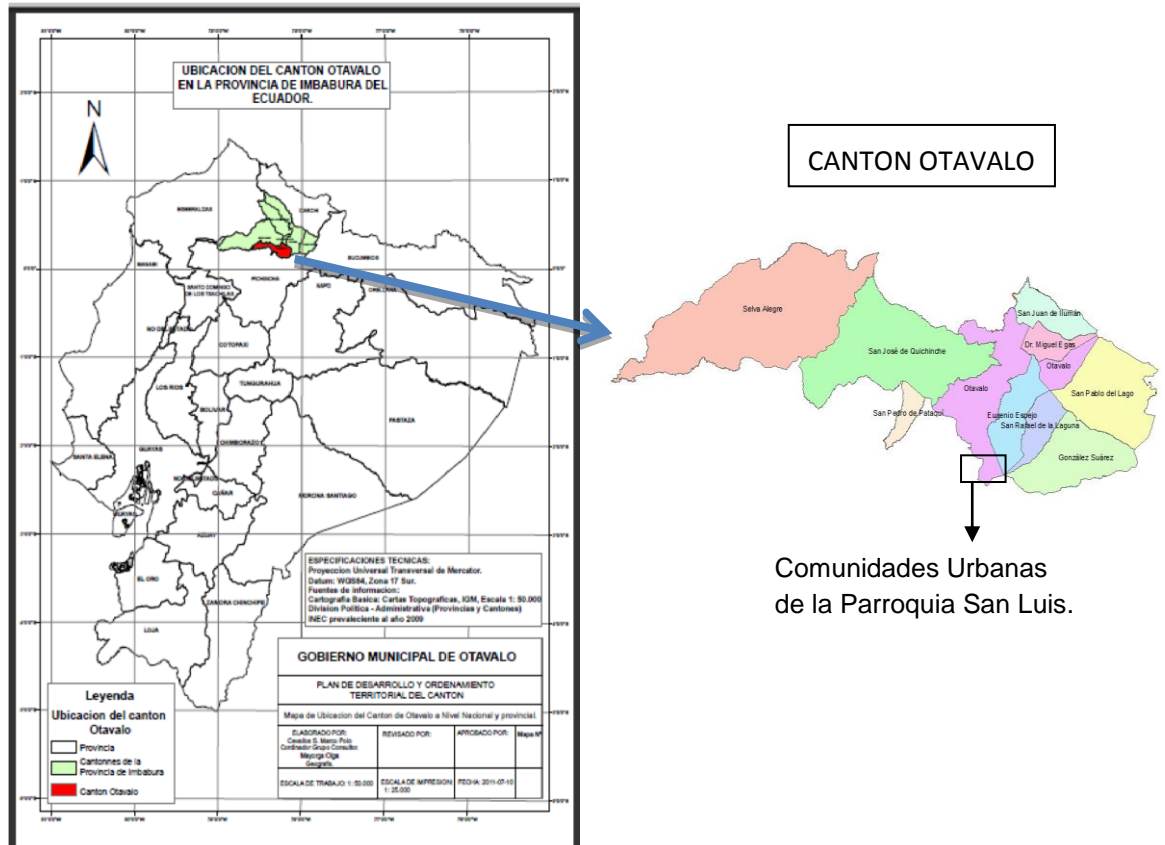
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista L. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC] (2012). *Censo de Población y Vivienda 2012*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC] (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Obtenido de INEC: [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)
- INEC (agosto del 2012). “*El empleo indígena en el Ecuador, una mirada a su situación y estado de ánimo laboral*” .Revista e-análisis (Revista Coyuntural) Tercera Edición. Quito. Pág. 4-7.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2000). *Manual de Valoración de las situaciones de minusvalía*. Madrid. Grafo S. A.
- Martínez R. H. & Ávila R, E. (2010). *Metodología de la Investigación*. México CengageLearning Editores S. A. de C.V. Unidad III.
- Ministerio De Relaciones Laborales [MRL] y Consejo Nacional De Igualdad De Discapacidades [CONADIS] (2013). *Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad - Dirección de Atención a Grupos Prioritarios* (Pág. 7).
- Monje, J. (2013). *Misión Manuela Espejo, paradigma de la solidaridad*. Scielo, 598-606.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE] (2011). *Sickness, Disability and Work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*, Paris: OECD.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] Y Banco Mundial [BM] (2011) *Informe Mundial sobre la discapacidad 2011*. Ediciones de la OMS. (s.e). Ginebra – Suiza.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008). ¿Qué significa discapacidad?, en *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas* (en línea). Recuperado el 6 de diciembre de 2008.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] Y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra. Grafo, S.A.
  - - (2001) Objetivos de la CIF, Pág. 8
  - - (2001) Actividades y Participación. Pág. 131-132.
  - - (2001) Factores Ambientales. Pág. 183-184.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (13 de Enero del 2012). *Salud en Sudamérica. panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington DC. Edición del 2012. Obtenido de la OMS. <http://www.paho.org/chi/images/>.
- Padilla-Muñoz A. (2010). *Discapacidad: contexto, concepto y modelos*. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, N° 16. Colombia. Enero-Junio, (381-414).
- Plataforma del Voluntariado de la Provincia de Badajoz. *Discapacitados físicos, orgánicos, sensoriales e intelectuales*. Madrid. Visitado en Mayo 2013. <http://www.volured.com/FTP/Descargas/Discapacitados%20F%C3%ADsicos.pdf>
- Posso, M. Á. (2009). *Proyectos, tesis y marco lógico: planes e informes de investigación*. Ibarra-Ecuador.

- Santillán, G; Bejarano, C.; Villaruel, P. (2014). *Elaboración del resumen y actualización Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial/PDD. 2009-2014*. Obtenido de: <http://www.otavalo.gob.ec>,
- Schalock, R.; Verdugo, M. Á. (2003-2010). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la Educación, Salud y servicios sociales: Variables que influyen la calidad de vida en los mayores*. Alianza Editorial. Madrid. Pág. 164.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). *Obtenido del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Vásquez, A. (2006). *La discapacidad en América Latina. En discapacidad: Lo que todos debemos saber*. Publicación Científica y Técnica N°616 (9-23). Edición de la Organización Panamericana de la Salud [OPS].
- Vázquez, A.; Cáceres N. (2008) *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud - Buenos Aires*. 1a ed. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2008.
- Viteri D, G. (2007). *“Situación de la salud .en el Ecuador” en Observatorio de la Economía Latinoamericana*. Resumen de la Situación de Salud en el Ecuador. Revista Académica de Economía. Quito. Pág. 77.
- Zambonino D. (2011). *Diferencias Salariales y Discapacidad en el Ecuador período 2005-2011*. (Tesis de Economía). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Mayo del 2013.

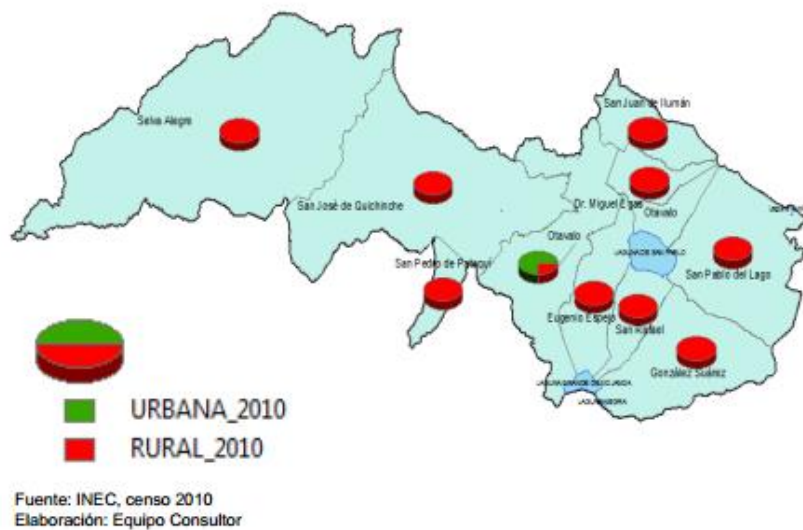
## 5.4 ANEXOS

### ANEXO N° 1. GRAFICO N° 1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL CANTÓN OTAVALO



Fuente: GAD Otavalo.

## ANEXO N° 2. GRAFICO N° 2. POBLACIÓN URBANA Y RURAL DEL CANTÓN OTAVALO



Fuente: GAD Otavalo.

**ANEXO 3. FORMULARIO APLICADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROYECTO DE TERAPIA FÍSICA  
FORMULARIO DE DISCAPACIDAD**

1. Nombre
2. Nacionalidad
3. Fecha de nacimiento
4. Genero
  - Masculino
  - Femenino
5. Número de cedula
6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:
  - Blanco
  - Mestizo
  - Indígena
  - Afroamericano
  - Otros
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



- Urbana
- Rural

13. Dirección

14. Número de Teléfono

15. Nombre del barrio o comunidad

16. La vivienda cuenta con servicios de

- Energía Eléctrica
- Alcantarillado
- Teléfono
- Recolección de basura
- Agua potable
- Ninguno

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

- Si
- No

18. Actualmente vive en:

- Casa
- Apartamento
- Cuarto
- Institución publica
- Institución privada
- Calle
- Otro tipo de vivienda

19. ¿En qué condiciones posee la vivienda?

- Arriendo o subarriendo
- Vivienda propia y la está pagando
- Vivienda propia totalmente pagada
- Vivienda de un familiar sin pagar arriendo

- Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
- Otra

20. Recibe algún servicio del Gobierno

- Si
- No

21. Es beneficiario de programas de:

- Bono de desarrollo humano
- Misión Manuela Espejo
- Bono Joaquín Gallegos
- Vivienda por discapacidad
- No es beneficiario

22. ¿De equipamiento de vivienda?

- Si
- No
- No es beneficiario de vivienda por discapacidad

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
- Ninguna

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
  - Ninguna
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
  - Nadie

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
- Ninguna

29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?

- Si
- No

30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?

- Si
- No

31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente

- Medios escritos
- Radio

- Televisión
- Teléfono
- Internet
- Ninguno

32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

- Si
- No

33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

- Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
- Complicaciones en el parto
- Enfermedad general
- Alteración genética, hereditaria
- Lesión autoinfligida
- Enfermedad profesional
- Consumo de psicoactivos
- Desastre natural
- Accidente
- Víctima de violencia
- Conflicto armado
- Dificultades en la prestación de servicios de salud
- enfermedades catastróficas; raras o huérfanas; menores de 14 años con VIH
- Otras
- No sabe

34. Enfermedad profesional por:

- Medio ambiente físico del lugar de trabajo
- Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
- Contaminantes (químicos, biológicos)
- Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
- Organización del trabajo (psicolaborales)

- Otra causa
  - No es enfermedad profesional
35. Por consumo de psicoactivos:
- Psicoactivos aceptados socialmente
  - Psicoactivos socialmente no aceptados
  - No es por consumo de psicoactivos
36. Desastres naturales:
- Terremoto
  - Inundación
  - Deslizamiento
  - Otro desastre natural
  - No es por Desastres naturales
37. Por accidente:
- De tránsito
  - En el hogar
  - En el centro educativo
  - De trabajo
  - Deportivo
  - Otro tipo de accidente
  - No es por accidente
38. Como víctima de violencia:
- Al interior del hogar
  - Delincuencia común
  - Social
  - Otra
  - No fue víctima de violencia
39. Del conflicto armado por:
- Arma de fuego
  - Bomba

- Minas antipersonales
- Otro tipo de arma
- No fue causa de conflicto armado

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

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

41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

- Si
- No
- No sabe

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?

- IESS
- ISPOL
- ISSFA
- Seguro Campesino
- Otro
- Ninguno

46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?

- Contributivo (IESS-ISFA-ISPOL-Privado)
- Subsidiado (MSP)

- Régimen especial (Seguro campesino)
- Vinculado (asegurado por un familiar)
- Ninguno
- No sabe
- No está afiliado

47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?

- Si
- No

48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

- Si
- No

49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?

- Si
- No

50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- Si
- No

51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- Si
- No

52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- Si



- No

53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?

- Si
- No

54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?

- Algún miembro del hogar
- Persona externa no empleada
- Persona externa empleada para ayudarlo
- Otra
- No necesita ayuda permanente de otra persona

55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?

- Si
- No

56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?

- A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
- Al apoyo de la familia
- A su empeño por salir adelante
- A la ayuda de Dios
- A la acción de la medicina alternativa
- Otro
- No se está recuperando

57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?

- Medicina física y de rehabilitación
- Psiquiatría
- Fisioterapia
- Fonoaudiología
- Terapia ocupacional

- Optometría
- Psicología
- Trabajo social
- Medicamentos permanentes
- Otro tipo de rehabilitación
- Ninguno

58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?

- Si
- No

59. ¿Quién paga la rehabilitación?

- Ministerio de Salud
- Seguro
- Familia
- Personalmente
- ONG
- Empleador
- Otro
- No asiste a rehabilitación

60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:

- Público
- Privado
- No sabe
- No asiste a rehabilitación

61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?

- Ya terminó la rehabilitación
- Cree que ya no lo necesita
- No le gusta
- Falta de dinero

- El centro de atención queda muy lejos
- No hay quien lo lleve
- No sabe
- Otras
- Si asiste a rehabilitación

62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?

63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?

- Si
- No

64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay, en el lugar que se hizo tratar?

65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)

66. ¿Sabe leer y escribir?

- Si
- No

67. El establecimiento en donde estudia, es:

- Público
- Privado
- No asiste actualmente a algún establecimiento educativo

68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:

- Pedagógicos
- Tecnológicos
- Terapéuticos
- Ninguno
- No asiste actualmente a algún establecimiento educativo

69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?

- Si
- No
- No asiste actualmente a algún establecimiento educativo

70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?

- Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
- Costos educativos elevados o falta de dinero
- Por falta de tiempo
- No aprobó el examen de ingreso
- Falta de cupos
- No existe centro educativo cercano
- Necesita trabajar
- No le gusta o no le interesa el estudio
- Perdió el año o fue expulsado
- Su familia no quiere que estudie
- Por su discapacidad
- Otra razón
- Si asiste actualmente a algún establecimiento educativo

71. ¿Usted aprobó?

- Preescolar
- Básica
- Bachillerato
- Superior
- Postgrado
- Ninguno

72. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?

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

- Si
- No
- No estudio

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

- Si
- No

75. Participa en actividades:

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

76. ¿Actualmente participa en alguna organización?

- Si
- No

77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:

- Falta de dinero
- Falta de tiempo
- No existe o no la conoce
- Siente rechazo u obstaculización
- Por su discapacidad
- No cree en ellas
- Sus principios o creencias se lo impiden
- Prefiere resolver sus problemas solo
- Otra

- Si participa en una organización

78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

- SI
- No

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

- Trabajando
- Buscando trabajo
- Estudiando
- Realizando oficios del hogar
- Recibiendo renta
- Pensionado – jubilado
- Realizando actividades de autoconsumo
- Otra actividad

80. Usted tiene contrato de trabajo:

- A término fijo
- A término indefinido
- Sin contrato
- No está trabajando

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

- Industria
- Comercio
- Agrícola
- Pecuaria
- Servicios
- Otra actividad
- No está trabajando

82. En el trabajo se desempeña como:

- Obrero - empleado del gobierno
- Obrero - empleado particular
- Jornalero o peón
- Patrón o empleador
- Trabajador por cuenta propia
- Empleado(a) doméstico(a)
- Trabajador familiar sin remuneración
- No está trabajando

83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?

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

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

- Si
- No
- No trabaja

85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

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

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

- Si
- No
- No trabaja

87. ¿Dónde recibió la capacitación?

- SECAP
- Una institución pública
- Una institución privada
- No recibió capacitación

88. Necesita capacitación para:

- Mejorar su actividad productiva
- Cambiar de actividad productiva
- No necesita capacitación

89. Encuestador

90. Fecha

91. Sector:

- SELVA ALEGRE 1
- SELVA ALEGRE 2
- OTAVALO 1
- OTAVALO 2
- OTAVALO 3
- OTAVALO 4
- SAN RAFAEL 1
- SAN RAFAEL 2
- GONZALES SUAREZ 1
- GONZALES SUAREZ 2
- QUICHINCHE 1
- QUICHINCHE 2
- ILUMAN 1



- ILUMAN 2
- EUGENIO ESPEJO 1
- EUGENIO ESPEJO 2
- MIGUEL EGAS CABEZAS 1
- MIGUEL EGAS CABEZAS 2
- SAN PABLO 1
- SAN PABLO 2
- SAN PABLO 3
- PATAQUI

## ANEXO N° 4. APROBACIÓN DEL SUMMARY POR PARTE DEL CENTRO ACADÉMICO DE IDIOMAS.

### Abstract

This thesis is based on a research conducted in rural communities from a Parish called San Luis which is located in Otavalo in Imbabura province. It aims to find people with disabilities, as well as, to research the type of disabilities that most affects them and the necessities presented by this vulnerable group of people, within the socioeconomic context and health conditions presented.

The main objective of the research is to diagnose the disability and localize it in the communities Cuatro esquinas, Mojandita, Mirador Mojandita and Mojanda, Imbabuela Alto and Imbabuela bajo and Taxopamba, thus, an intense search of people and data began, which are stored in a data base from Universidad Tecnica del Norte, in the Physical Therapy major file.

Within the study methodology, a non-experimental and cross-sectional design was utilized, as a type of descriptive, explanatory, correlational, and exploratory research. It is a research of a descriptive nature because it specified the important properties of individuals and groups, measuring various aspects of the condition of the disability. It's an explanatory research since it constitutes discoveries and affirmations, by which reality is interpreted. Is exploratory, since the issue in the community has been little explored and known. It is correlational by the degree of relationship or existing non-causal association between two or more variables, and then, through a statistical measurement, the correlation was estimated.

The sample consisted of 55 persons with disabilities, to whom it was not necessary to have the card given by CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades). A structured survey to collect and then store the results in a database was used. The outcomes of the research in regards of health conditions are: 81.8% of the target population says that, it was not diagnosed on time and 72.7% hadn't received health care over the last year. With regard to the special aids, 70.9% of the population have not been ordered to use them and therefore 81.8% do not currently use special aids, or prostheses and drugs.

Regarding the type of disability depending on the health condition, which occurs at a higher rate in urban communities of San Luis parish: it was observed in 27.3% of the people whose voice and speech are affected mainly presented in the group of elderly. And in relation to ethnicity, 20% of people belong to indigenous groups, 20% of them were female and 7.3% were male, clearly presenting a higher incidence of linguistically disabilities, followed by hearing disability, then physical disability, visual impairment, multiple deficits, and less percentage sensory disabilities. It is also talked about the needs presented on the situation of basic services, and about the low rate of student access to the educational system in an early age, being really necessary to start working for subsistence and consume.

Considering all data collected is concluded that the contribution of the database with information on socioeconomic status and health conditions of people with disabilities in urban communities of this Parish from Otavalo, may be sufficient support for further studies taking a more precise knowledge of the subject and support health care, corresponding to each of them.

**Keywords:** disability, located, socioeconomic conditions, Health.

*[Handwritten signature]*  
checked by Daniel  
Cazco



## ANEXO Nº 5. FOTOS CENSO



**Foto 1.- Aplicación encuesta. Adulto Mayor con discapacidad auditiva. Vía laguna Mojanda, 2014**



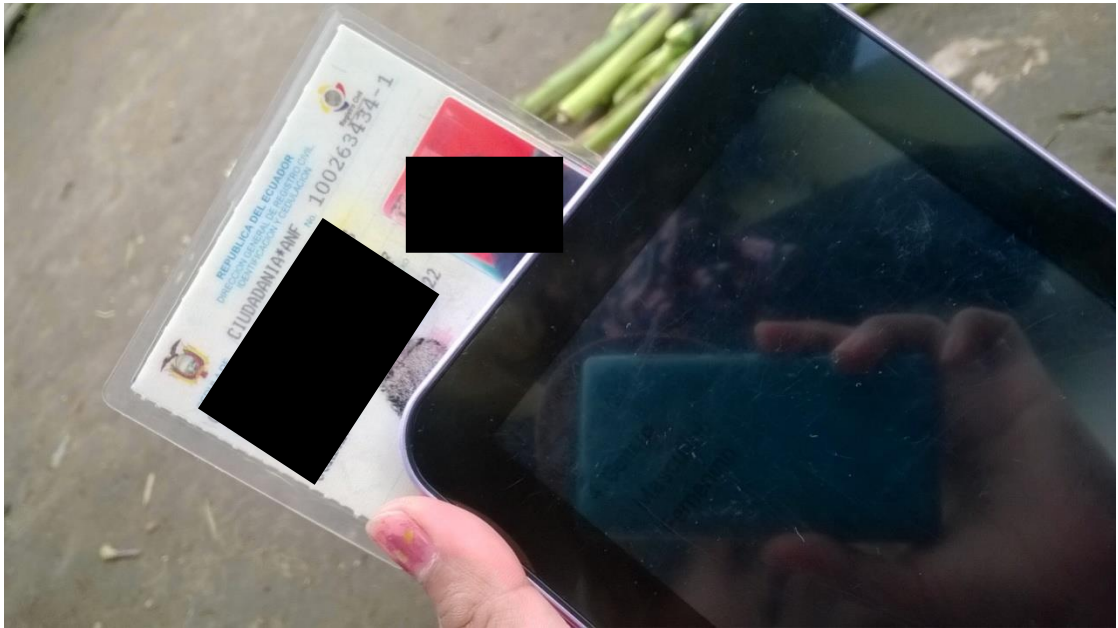
**Foto 2.- Aplicación encuesta. Madre de Familia de niño con discapacidad física e intelectual. Mojandita, 2014**



**Foto 3.- Aplicación formulario. Mujer con discapacidad Lingüística. Cuatro esquinas, 2014**



**Foto 4.- Aplicación formulario. Niño con Síndrome de Down. Imbabuela bajo, 2014**



**Foto 5.- Recolectando datos de mujer con discapacidad lingüística.  
Imbabuela alto, 2014**