



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

**“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD SECTOR
CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO
PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014”**

AUTORAS:

Vanessa Lizbet Andino Valles

Johanna Piedad Enríquez Rosero

DIRECTORA DE TESIS:

Lcda. Marcela Baquero Cadena MSc.

IBARRA 2014

PÁGINA DE APROBACIÓN

Ibarra, 27 de octubre de 2014.

Yo, Silvia Marcela Baquero Cadena con cedula de ciudadanía 100303787-4 en calidad de tutora de tesis titulada “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014” de autoría de las Srtas. Vanessa Andino y Johanna Enríquez, determino que una vez revisada y corregida está en condiciones de realizar su respectiva disertación y defensa.

Atentamente:



CI. 100303787-4

Lic. Silvia Marcela Baquero Cadena MSc.

DIRECTORA DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**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 la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1002682670		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Andino Valles Vanessa Lizbet		
DIRECCIÓN:	Alpachaca, Babahoyo 1228		
EMAIL:	liz-vane25@hotmail.com - johytoluvi@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2602-809	TELÉFONO MÓVIL	0982891220

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014”
AUTOR (ES):	Andino Valles Vanessa Lizbet - Johanna Piedad Enríquez Rosero
FECHA: AAAAMMDD	2014/01/20
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Marcela Baquero

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Andino Valles Vanessa Lizbet, con cédula de identidad Nro. 100268267-0, Johanna Piedad Enríquez Rosero con cédula de identidad Nro. 040130876-2 en calidad de autor (es) y titular (es) de

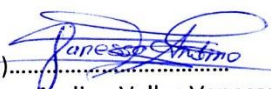
los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad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

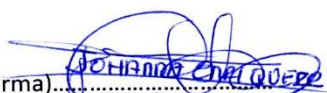
3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 24 días del mes enero de 2015

EL AUTORAS:


(Firma).....
Nombre: Andino Valles Vanessa Lizbet
C.I. 1002682670


(Firma).....
Nombre: Enríquez Rosero Johanna Piedad
C.I. 040130876-2





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Andino Valles Vanessa Lizbet , con cédula de identidad Nro. 100268267-0 y Enríquez Rosero Johanna Piedad con cédula de identidad Nro. 040130876-2, manifestamos la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado titulado: **“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014”** que ha sido desarrollada para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física Médica en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.


Ibarra, a los 24 días del mes de enero de 2015

(Firma).....
Nombre: Andino Valles Vanessa Lizbet
C.I. 1002682670

(Firma).....
Nombre: Enríquez Rosero Johanna Piedad
C.I. 040130876-2

AUTORÍA

Nosotras, Vanessa Lizbet Andino Valles y Johanna Piedad Enríquez Rosero declaramos bajo juramento que el presente trabajo es de nuestra autoría “DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014” y los resultados de nuestra investigación son de nuestra total responsabilidad, además que no han sido presentado previamente para ningún grado ni calificación personal; y que hemos respetado las diferentes fuentes de información.



Vanessa Lizbet Andino Valles

100268267-0



Johanna Piedad Enríquez Rosero

040130876-2

DEDICATORIA

Con todo mi amor y cariño este trabajo se lo dedico a Dios por darme la sabiduría y ser mi guía al realizar este proyecto. A mis padres por el apoyo incondicional brindado, quienes con su esfuerzo y trabajo supieron inculcarme a ser responsable y tener confianza en mí, para llegar a cumplir una meta más en mi vida, mis hermanos Janeth, Patricio, Mariela y Karla por tener siempre una consejo y sus palabras de aliento cuando más las necesité, mis sobrinos , mi tío y mis primos que supieron acogerme en su hogar en el transcurso de mi carrera y todas las personas que han hecho todo en mi vida para que yo pudiera lograr mis sueños. A ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

Vanessa Andino V.

A Dios

Que ha iluminado y guiado mi camino en cada paso que doy, por permitir tener a mi lado a grandes personas que han sido mi soporte y compañía a lo largo de mi vida y durante todo mi período estudiantil.

A mi Madre y Hermanos

Piedad Rosero mi madre y amiga, por todo tu amor, paciencia, entrega y grandes sacrificios quiero dedicarte este mi trabajo que sin tu incondicional apoyo no lo habría logrado, por creer y hacer de mí una mujer luchadora, emprendedora y fuerte ante grandes adversidades que he superado, sin olvidar los valores y principios que me inculcaste, por todo eso y más mi eterno agradecimiento y amor a ti. A Wendy y Leandro mis queridos hermanos esto va también por ustedes, que a pesar de ser menores me han enseñado mucho y apoyado siempre en todo momento que con gratos momentos le dan sentido y alegría a mi vida.

A mi querida abuelita

Mamita como olvidar si ha sido mi segunda madre, mi fuente de inspiración para usted también va éste mi trabajo, gracias por estar presente en todo momento de mi vida, por sus consejos impulsándome día a día a ser mejor, por su gran corazón y amor desbordante mil gracias nunca me faltes.

Johanna Enríquez R.

AGRADECIMIENTO

Quisiéramos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a nuestra prestigiosa Universidad Técnica del Norte por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar nuestros estudios y sueños de superación personal.

A nuestros queridos maestros que con su paciencia y sabiduría supieron brindarnos sus experiencias, conocimientos e inculcando en nosotros principios y valores para nuestro desarrollo personal y ética profesional.

A nuestra profesora guía MSc. Marcela Baquero por su valiosa orientación y asesoramiento, ya que con su apoyo, su tiempo y paciencia nos orientó en la elaboración y culminación con éxito la presente investigación.

Como olvidar a los pobladores del área San Luis de Otavalo gracias a ustedes que con su tiempo supieron aportar con información valiosa para la elaboración de este proyecto.

A nuestros compañeros de clase con los que compartimos varios años de conocimientos y grandes experiencias, que siempre los llevaremos en nuestro corazón.

A ustedes mis amigas Katy, Jhosy y Fer, por todos los gratos momentos que compartimos, su apoyo y palabras de aliento que siempre nos supieron brindar.

Johanna E. y Vanessa A.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICADO DE APROBACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
TABLA DE CONTENIDOS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xi

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 1.....	59
GRÁFICO 2.....	60
GRÁFICO 3.....	61
GRÁFICO 4.....	62
GRÁFICO 5.....	63
GRÁFICO 6.....	64
TABLA 7.....	65
GRÁFICO 8.....	66
GRÁFICO 9.....	67
GRÁFICO 10.....	68
GRÁFICO 11.....	69
GRÁFICO 12.....	70
GRÁFICO 13.....	71
GRÁFICO 14.....	72
GRÁFICO 15.....	73
GRÁFICO 16.....	74
GRÁFICO 17.....	75

“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014”

Autoras: Vanessa Andino Valles

Johanna Enríquez Rosero

Directora de Tesis: Lcda. Marcela Baquero Cadena MSc

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo realizar un diagnóstico georeferenciado de discapacidad en el sector centro de la parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo Provincia de Imbabura en el período Enero – Junio 2014. Materiales y métodos: estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y cuantitativo; con un diseño no experimental de corte transversal, con una población de 2.000 familias. Se empleó una encuesta estructurada para la recolección de datos. Resultados: de los datos obtenidos se determina que existen 103 personas con discapacidad, concentrándose el mayor porcentaje las edades comprendidas entre 51 a 60 años equivalentes a un 17,5%, respecto al género un 52,4% es masculino y un 47,6% femenino, el 57% corresponden a la etnia indígena. Los sectores con mayor incidencia de discapacidad son: Ciudadela 31 de Octubre y Punyaro, de las cuales tan solo el 43% recibe algún servicio del Gobierno, 41 personas reciben el Bono de Desarrollo Humano. El principal tipo de discapacidad en esta población es de origen motriz seguido de alteraciones auditivas, en cuanto a sus causas un 15,5% son producto de alteraciones genéticas o hereditarias. Conclusiones: Se determinó un número real de personas con discapacidad de la Parroquia de San Luis de Otavalo con distintos tipos de discapacidad con varios estadios, comprenden entre las edades de 51 a 60 años, siendo así ésta la edad media de ciudadanos con discapacidad en este sector, como también hombres como mujeres son propensos a tener algún tipo de discapacidad y su etnia predominante es indígena. Las alteraciones más relevantes en las personas con discapacidad de este sector fueron a nivel motor, del sistema nervioso, ojos y habla, situación económica es media-baja las cuales menos del 50% reciben ayuda gubernamental.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, etnia, género, alteración motriz, alteración auditiva.

SUMMARY

“DIAGNÓSTICO GEOREFERENCIADO DE DISCAPACIDAD SECTOR CENTRO DE LA PARROQUIA URBANA SAN LUIS DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERÍODO ENERO–JUNIO DEL 2014”

Authors: Vanessa Andino Valles
Johana Enríquez Rosero

Thesis Leading: Lcda. Marcela Baquero Cadena MSc

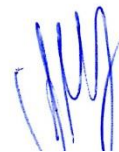
SUMMARY

The objective of this research is to do a geo-referenced diagnosis of disability in the San Luis urban parish from Otavalo city in Imbabura Province, from January to June 2014. Materials and methods: study of descriptive, qualitative and quantitative methods, also with a non-experimental cross-sectional design, with a population of 2,000 families. We applied a structured questionnaire for data collection. Results: The data determined that there are 103 people with disabilities, the highest percentage were aged 51 to 60, equivalent to 17.5%, about gender 52.4% were male, and 47.6 % were female. 57% are indigenous people. Neighborhoods with the highest incidence of disability are Punyaro and 31 October. Only 43% received any government service, 41 people receive Human Development Bonus. The main type of disability in this population was related to motor skills. Followed by auditory disturbances, as their causes 15.5% are the result of genetic or hereditary disability. Conclusions: The current number of people with disabilities at several stages in San Luis de Otavalo Parish determined that, 51-60 years old is the average age of people with disabilities in this neighborhood. Men and women are liable to have a disability and their predominant ethnic group is indigenous. The most significant disturbances in this population were related to motor and nervous system, also visual and speaking functions, the economic status is low-medium. Less than 50% of the population receives government assistance.

CUE WORDS: disability, ethnic, gender, motor disability, auditory disability.


checked by Daniel
Cazco





viii

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DE APROBACIÓN	ii
AUTORÍA.....	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
TABLA DE CONTENIDOS.....	ix
INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	xii
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Específicos.....	6
1.5. Preguntas de investigación	7
CAPÍTULO II.....	8
2. MARCO TEÒRICO	8
2.1. Teoría Existente.....	8
2.1.1. Discapacidad.....	8
2.1.1.1. Clasificación de la discapacidad	10
2.1.1.2. Grados de discapacidad.....	17
2.1.1.3. Causas de la discapacidad	19
2.1.2. Epidemiología	21
2.1.3. Discapacidad Física	26
2.1.3.1. Causas de Discapacidad Física.....	27
2.1.3.2. Tipos de Discapacidad Física	29
2.1.4. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud (CIF)	31
2.1.4.1. Principios de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (C.I.F).....	33
2.1.4.2. Objetivos de la CIF.....	34

2.1.4.3.	Aplicaciones de la CIF	34
2.1.5.	Modelos de Discapacidad Física.....	35
2.1.5.1.	Modelo Médico-Biológico	35
2.1.5.2.	Modelo Social de la Discapacidad	36
2.1.5.3.	Modelo Político-Activista de la Discapacidad o el modelo de las “Minorías Colonizadas”	37
2.1.5.4.	Modelo universal de la discapacidad	38
2.1.5.5.	Modelo Bio-psico-social	39
2.2.	MARCO LEGAL Y JURÍDICO	40
CAPÍTULO III.....		46
3.	METODOLOGÍA	46
3.1.	Tipo de estudio.....	46
3.2.	Diseño de la investigación.....	47
3.3.	Población y muestra.....	47
3.3.1.	Población.....	47
3.3.2.	Datos Generales del Cantón Otavalo.....	47
3.3.2.1.	Ubicación y límites del Cantón de Otavalo.....	47
3.3.2.2.	División Política Administrativa.....	48
3.3.2.3.	Situación económica del cantón Otavalo	50
3.3.2.4.	Historia del cantón Otavalo.....	50
3.3.3.	Muestra	51
3.4.	Identificación de Variables.....	52
3.5.	Indicadores.....	52
3.6.	Operacionalización de Variables	54
3.7.	Métodos de Investigación.....	56
3.7.1.	Método Analítico-Sintético	56
3.7.2.	Método Inductivo-Deductivo.....	56
3.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
3.8.1.	Encuesta	57
3.8.2.	Instrumentos de recolección de datos:.....	57
3.9.	Valides y confiabilidad de la investigación.....	58
CAPÍTULO IV		59
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		59
	Mapa georeferenciado de discapacidad de la parroquia urbana San Luis de Otavalo ..	76
1.2.	Discusión de resultados.....	77
1.3.	Respuestas a las preguntas de Investigación.....	84

CAPÍTULO V	87
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
5.1. Conclusiones	87
5.2. Recomendaciones	88
5.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS	89
5.4. BIBLIOGRAFÍA	92
LINCOGRAFÍA	95
ANEXOS	96
ANEXO 1: ENCUESTA APLICADA	97
Tablas	108
ANEXO 2. Modelo de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (C.I.F.)	108
ANEXO 3: Grados de la Discapacidad Intelectual	109
ANEXO 4: Tipos y grados de la discapacidad relacionados con la actividad	111
ANEXO 5. Prevalencia de la discapacidad por país	113
ANEXO 6. Principales causas de la discapacidad en América Latina	114
ANEXO 7: RANGO DE EDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	115
ANEXO 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ÁREA URBANA SAN LUIS DE OTAVALO SEGÚN EL GÉNERO.	115
ANEXO 9: RANGO DE EDAD CON MAYOR DISCAPACIDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO	116
ANEXO 10: CLASIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN LA ETNIA	116
ANEXO 11: NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN ALGUN SERVICIO DEL GOBIERNO	116
ANEXO 12: CLASIFICACIÓN DE ALTERACIONES PERMANENTES QUE MAS AFECTA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	117
ANEXO 13: TIEMPO QUE PRESENTA LA DISCAPACIDAD	117
ANEXO 14: CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LA CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD	118
ANEXO 15: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN O TUVIERON ALGÚN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD	118
GRÁFICOS Y FOTOS	119
ANEXO 16. Datos de la discapacidad a nivel mundial según la OPS	119
ANEXO 17. Recolección de información.	120
ANEXO 18. Aplicación del censo	120

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

“Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; es decir, alrededor del 15% de la población mundial”. (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011, págs. 7-8)

A comparación de anteriores años los datos de esta población se han incrementado, debido a varios factores tales como: el aumento de natalidad, mayor índice de accidentes laborales, tránsito, desastres naturales, conflictos armados, pobreza, etc. Siendo así los causantes de discapacidad en la población.

En referencia a la Encuesta Mundial de Salud (GESTORES AL DÍA, 2012), 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).

La población más significativa tienen algún tipo de discapacidad grave, una de las principales causas se debe a trastornos motores como la paraplejía, hemiplejía, insuficiencia motriz cerebral, ceguera, sordo – mudez, etc. Los mismos que representan indicadores incapacitantes en el desempeño autónomo lo que hace dependiente de terceras personas permanentemente.

La investigación realizada en (GESTORES AL DÍA, 2012), en la misma encuesta manifiesta:

La población del Continente Americano se estima en alrededor de 800 millones de personas, lo que representa casi el 14% de la población del mundo tienen algún grado de discapacidad, el Cono Sur, formado por Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En total, 85% de sus habitantes viven en ciudades, lo que constituye la concentración más alta en las Américas. En Brasil, Colombia y Nicaragua casi un 50% de las discapacidades tienen relación con factores congénitos o factores adquiridos en las primeras etapas de la vida.

Según la prevalencia de la discapacidad por país encontramos que, “Perú es el país con mayor índice de discapacidad con un 31,28% seguido por Guatemala con un 17,00%, Uruguay 15,0% y Ecuador con un 13,20%, considerando así estos países presentan un índice alto de discapacidad, en cambio Chile 6,39% y Brasil con 6,0% siendo así los países con menos índice de discapacidad en América del Sur”. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013)

Según el censo poblacional (INEC ECUADOR , 2010): “En el Ecuador hay un total de 816.156, personas con algún tipo de discapacidad, comprendido tanto en la zona urbana 492.910 personas y zona rural 323.246”.

En el último censo de población y vivienda realizado en el año 2010, se revela los datos de discapacidad en la Provincia de Imbabura: “10.619 en la zona urbana, 12.041 en la zona rural dando un total de 22.660, de las cuales 2.489 se encuentran en el Cantón Antonio Ante, Cotacachi 2.496, Ibarra 9.606, Otavalo 6.124, Pimampiro 1.092 y San Miguel de Urququí 853”.

“En el cantón Otavalo existe un total de 6.124 personas con discapacidad las cuales se distribuyen de la siguiente manera: Parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas con un total de

361, Eugenio Espejo 454, González 346, Otavalo 2.731, Pataquí 25, San José de Quichinche 514, San Juan de Ilumán 619, San Pablo 607, San Rafael 361, Selva Alegre 106". (INEC ECUADOR , 2010)

Los datos de la cobertura de la Misión Manuela Espejo muestra que las personas con discapacidad severa en condiciones críticas corresponden al 7.78% que representan 26.096 personas a nivel nacional. A nivel provincial, en Imbabura existen 808 personas que representan 3.10% de las personas con discapacidad severa. (Mision Solidaria Manuela Espejo, 2012)

De acuerdo a los censos realizados en los últimos 5 años en el Ecuador, podemos visualizar que los datos no son cien por ciento reales, ya que el levantamiento de información no se ha realizado de forma correcta, se ha tomado tan solo una muestra de la población, la misma no permite tener una visión real de la situación actual respecto a la discapacidad. Con el constante incremento de la tasa de natalidad, en los últimos años esta información ha cambiado, por lo que se ve la necesidad de obtener una nueva base de información que actualmente no existe, de una forma detallada y georeferenciada.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo realizar el diagnóstico georeferenciado de discapacidad en el sector centro de la parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el período Enero–Junio del 2014?

1.3. Justificación

Debido a que hace años atrás la discapacidad era considerada como un tema terciario, no se contaba con datos estadísticos certeros de las personas que viven con los diferentes tipos de discapacidad. Con el transcurso de los años se ha ido considerando que la discapacidad es un tema de atención principal y esencial; es por eso que actualmente se está realizando censos, análisis y estudios de las causas, consecuencias, estilos de vida, atención médica y sobretodo abarcar una mejor estadística de este grupo de personas.

Según el INEC 2011, en el Ecuador hay un total de 816.156 con discapacidad, según La Misión Manuela Espejo 294.611 y según el CONADIS en la provincia de Imbabura existen 9758 personas. En los últimos años se ha incorporado y modificado la concepción de lo que es discapacidad y la forma de atención. Para muchas personas es difícil o desconocen el manejo que requiere una persona con discapacidad, puesto que son personas con aspectos físicos, psicológicos y sociales diferentes.

Estas situaciones se presentan como secuelas reversibles o a su vez irreversibles a causa de enfermedades genéticas, congénitas o adquiridas, por otro lado no hay que dejar de lado causas como accidentes laborales, de tránsito, violencia, negligencia médica,

entre otras cuyas consecuencias limitan o restringen en esa persona las actividades consideradas normales para su edad, sexo, formación, cultura; como también implican los factores ambientales contaminantes, nutricionales y la fuerte convicción de creencias culturales que son causa del incremento en la incidencia de enfermedades incapacitantes. Sin olvidar el factor social como la mortalidad infantil, pobreza, y el analfabetismo que son importantes en poblaciones indígenas.

La razón de ser de este proyecto nace por las necesidades que presenta la sociedad en donde los principios de salud y bienestar son primordiales ya que la falencia del sector salud, de la cultura y creencias de los habitantes de la ciudad de Otavalo es el principal motivo por el cual existe falta de conocimiento sobre patologías incapacitantes conjuntamente con un manejo adecuado que requiere. Los padres de familia, familiares cercanos y la población en general ha creado un conjunto de mitos y creencias errados ante las razones apropiadas que originaron los problemas de salud los cuales se ven reflejados en las estadísticas de discapacidad que presenta la ciudad y por ende la provincia.

Por tal razón se desea brindar un diagnóstico georeferenciado, es por eso que hemos emprendido este proyecto monitoreando primeramente a la población con discapacidad de la ciudad de Otavalo, así brindando a las personas con capacidades especiales una integración a la sociedad con derechos y beneficios vigentes en el País, para equiparar sus oportunidades a fin de lograr su máximo desarrollo y elevar la calidad de vida de la persona con discapacidad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Realizar un diagnóstico georeferenciado de discapacidad en el sector centro de la parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el período Enero – Junio 2014.

1.4.2. Específicos

1. Identificar el rango de edad, género, etnia y localización de las personas que presentan discapacidad en la parroquia San Luis del Cantón Otavalo.
2. Establecer el número de personas con discapacidad, que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales, para determinar la calidad de vida que tienen actualmente.
3. Determinar el tipo, origen y características más relevantes de la discapacidad en el grupo de personas investigadas.
4. Georeferenciar la discapacidad en el sector centro de la Parroquia urbana San Luis del Cantón Otavalo.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuál es el rango de edad, género, etnia y localización de personas que presentan discapacidad en la parroquia San Luis del Cantón Otavalo?

¿Cuál es el número de personas con discapacidad que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales, para determinar la calidad de vida que tienen actualmente?

¿Cuáles son las causas y características más relevantes de discapacidad en el grupo de personas investigadas?

¿Cómo georeferenciar la discapacidad en el sector centro de la Parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Teoría Existente

2.1.1. Discapacidad

El concepto de discapacidad según (Schobert Lizárraga, 2004) dice:

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las clasifica en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. (pág.106)

Desde el punto de vista de (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011) discapacidad es:

La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia. En las últimas décadas, el movimiento de las personas con discapacidad, junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, ha identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un “modelo médico” a un “modelo social”,

en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos. (pág. 4)

La (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2001) plantea que: “La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud”. (pág. 27)

Según las autoras describen a la discapacidad como una alteración del estado de salud de un individuo que imposibilita realizar con normalidad las actividades diarias de manera independiente que pueden ser permanentes, temporales, degenerativas, regresivas, etc. Considerando varios tipos tanto a nivel motor, sensorial, psicológico o la combinación de estas, presentándose de una manera grave o aguda para poder desarrollarse en su medio.

Dentro de la discapacidad está inmerso el factor social en que la sociedad lo considera como un tema terciario los mismos que se han encargado de fomentar una educación discriminativa y poco inclusiva. La combinación de los factores como la condición de salud, factores externos y personales, pueden influir de manera positiva o negativa en el individuo dependiendo del ambiente y personas que lo rodean, por ejemplo una persona motivada puede llegar más allá de sus capacidades, mientras que una persona

rodeada de actitudes negativas puede llegar a la dependencia máxima y el rechazo a sí mismo.

2.1.1.1. Clasificación de la discapacidad

La clasificación consiste describir la población en el que se agrupan personas con problemas en tres áreas: motriz, sensorial y mental. Siendo así el primer nivel de clasificación, corresponde a discapacidades: sensoriales y de la comunicación, motrices, mentales, así como múltiples entre otras.

a. Discapacidad intelectual

Se manifiesta por una falta de sincronía, retraso o dificultad - según la edad, para adquirir determinadas conductas básicas como: lenguaje oral (expresión y comprensión verbal), desarrollo físico y motor (autonomía motriz), determinados comportamientos sociales (lenguaje social y hábitos sociales), y autonomía personal (control de esfínteres, alimentación, aseo personal, vestido, etc.). (Samaniego Santillán, 2005)

La discapacidad intelectual se caracteriza por la deficiencia y el retraso para reaccionar ante conductas básicas como ejecutar órdenes sencillas, expresarse con facilidad; de igual manera en el ámbito social, y desarrollo de actividades de auto cuidado y autonomía como alimentarse por sí mismo, controlar esfínteres, etc.

Para la Asociación Americana de Retraso Mental -AMMR, retraso mental no es algo que se tenga ni se refiere a un particular estado de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que coexisten limitaciones en la inteligencia junto con limitaciones en

la conducta adaptativa que está referida a la incapacidad para alcanzar un nivel de independencia personal y de responsabilidad social. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. (Samaniego Santillán, 2005)

Existen varias diferencias entre los distintos tipos de discapacidad intelectual (retraso mental) que no es factible determinar sus características a fondo, como Indica el Anexo 2.

b. Discapacidad auditiva

La clasificación propuesta por (Samaniego Santillán, 2005), lo divide en dos grandes grupos: hipoacusia y sordera profunda.

Hipoacusia: implica una audición deficiente que resulta funcional para la vida diaria mediante el uso de prótesis (audífonos), la adquisición del lenguaje oral se puede dar por vía auditiva. **La sordera profunda** no admite la adquisición de lenguaje oral por vía auditiva ya que la pérdida es tan grande que, a pesar una buena amplificación, no es posible aprovechar los restos.

A consideración de las autoras se concluyen que la audición cumple una función importante en el ser humano por conformar uno de sus cinco sentidos que se encuentra en constante funcionamiento, las personas que presentan una deficiencia de la misma suelen experimentar audición inferior a la media o sordera total, afectando así la

adquisición de la expresión oral en gran medida, sin embargo pueden ser de gran ayuda las prótesis o audífonos que ayudan a mejorar la calidad de audición.

Según, (Samaniego Santillán, 2005), la audición constituye el principal nexo con el medio y es el principal canal de comunicación. Se consideran pérdidas leves, medias, severa o profunda. Así:

- **Deficiencia auditiva leve**, cuando el umbral de audición está entre 20 y 40 decibelios y, en condiciones normales, puede pasar desapercibida.
- **Deficiencia auditiva media**, si el umbral de audición se sitúa entre 40 y 80 decibelios, posibilita la oralidad por vía auditiva con la ayuda de una buena prótesis. A partir de los 70 decibelios se requiere, además, estimulación auditiva y apoyo logopédico.
- **Deficiencia auditiva severa**, cuando el umbral está entre 70 y 90 decibelios y sólo se puede percibir algunas palabras amplificadas. La adquisición de lenguaje oral no es un proceso espontáneo, es imprescindible la intervención logopedia para lograr un habla inteligible y un lenguaje estructurado y rico en vocabulario.
- **Deficiencia auditiva profunda**, si el umbral de audición es superior a 90 decibelios, no es posible el habla a través de la audición, se requiere la ayuda de comunicación alternativa.

En ocasiones por las dificultades lingüísticas el desarrollo cognitivo puede verse limitado, en algunos casos por: regulación del comportamiento, sentimientos de inseguridad y dificultades en las relaciones sociales ocasionadas por el desconocimiento de las normas sociales. “En los procesos educativos es importante considerar: el grado de intensidad de la pérdida auditiva, la edad a la que apareció, el origen congénito o adquirido, y, la actitud de la familia”. (Samaniego Santillán, 2005)

c. Discapacidad Física

Engloba un grupo muy heterogéneo causados por una anomalía congénita (pie zopo, de un miembro, etc.), por enfermedad (poliomielitis, tuberculosis de los huesos, etc.), por una alteración ósea (baja talla), secuelas de parálisis cerebral o espina bífida (daños derivados de una lesión en el sistema nervioso central), por otras causas (amputaciones, fracturas, quemaduras que causan contracturas, etc.). (Samaniego Santillán, 2005)

La discapacidad física o motora es una alteración que afecta en igual proporción de género debida a varios factores predisponentes que suelen aparecer al momento de nacer o en alguna etapa de la vida ya sea por alteraciones óseas, accidentes, comportamiento autoinfligido, entre otras.

Las repercusiones o secuelas pueden ser tan dispares que precisan medidas educativas muy diversas. La heterogeneidad de situaciones de las alteraciones físicas y motoras se demuestra en la siguiente clasificación, de acuerdo a lo que manifiesta (Samaniego Santillán, 2005)

1. Malformaciones congénitas

- Luxación congénita de cadera
- Malformación congénita de miembros
- Malformación congénita de la columna vertebral
- Artrogriposis

2. Afecciones congénitas sistémicas o generalizadas del esqueleto

- Osteogénesis imperfecta

- Acondroplasia
- Osteocondrodistrofias (Morquio, etc.)

3. Osteocondrosis

- Enfermedad de Perthes
- Enfermedad de Scheurman

4. Afecciones articulares

- Artritis
- Artrosis

5. Afecciones neuromusculares

- Parálisis cerebral
- Espina bífida
- Distrofias musculares
- Afecciones de nervios periféricos, parálisis obstétricas

6. Otras afecciones neurológicas

- Esclerosis múltiple
- E.L.A.
- Poliomielitis

d. Discapacidad Visual

La discapacidad visual comprende muchos tipos de problemas vinculados con un funcionamiento anormal de la visión. En términos generales, se considera ceguera y deficiencia visual, cuando está presente al menos una de las siguientes condiciones:

- Agudeza visual igual o inferior a 0'1 (1/10 de la escala Wecker), obtenida con la mejor corrección óptica posible.
- Campo visual disminuido a 10 grados o menos.

En consecuencia, se contempla tanto la ausencia de resto visual como la posibilidad de realización de tareas utilizando instrumentos adecuados que potencien la funcionalidad visual. La ceguera total corresponde a la ausencia de resto visual o la presencia de un resto visual no funcional. La persona no percibe luz y si la percibe no puede localizar su procedencia. (Samaniego Santillán, 2005)

Las autoras describen a la discapacidad visual como la carencia o disminución del campo visual de una persona, que limita o restringe el realizar diversas actividades o el uso de determinados instrumentos el mismo que no representa una ventaja sino todo lo contrario. Incluyendo también un mayor grado de tensión en el ámbito psicológico al no saber que puede suceder en su entorno, dificultándose así desarrollarse en el medio que lo rodea.

El déficit visual hace referencia a la posesión de algún resto visual.

Se distinguen dos tipos:

- Pérdida de agudeza, cuando la capacidad de identificar visualmente detalles está seriamente disminuida.
- Pérdida de campo, cuando no se percibe la totalidad del campo visual:
- Pérdida de la visión central, cuando no es posible la observación de la parte central del campo visual. Esta afección suele conllevar una pérdida de agudeza en el resto del campo.
- Pérdida de la visión periférica, se percibe únicamente la zona central. (Samaniego Santillán, 2005)

e. Discapacidad múltiple

Son discapacidades concomitantes o simultáneas, como: retraso mental y ceguera, retraso mental y discapacidad física, etc., esta combinación causa necesidades educacionales que no se pueden responder desde un programa de educación especial dedicado a trabajar de manera exclusiva con una de las discapacidades. (Samaniego Santillán, 2005)

Describen las autoras que la discapacidad múltiple se considera como un conjunto de dos o más deficiencias tanto físicas- sensoriales, psicológicas-físicas, etc. La combinación de varias discapacidades desencadenan mayores limitaciones o barreras que le impiden el desenvolvimiento personal – social normal.

Espectro autista

Conjunto de alteraciones que afectan significativamente la comunicación verbal y no verbal, y la interacción social; generalmente evidente antes de los 3 años de edad. Algunas características frecuentemente asociadas con el autismo son:

- Participar en actividades repetitivas y movimientos estereotipados.
- Resistencia a cambios en las rutinas diarias o en el ambiente.
- Ausencia de interés por compartir.
- Utilización del lenguaje oral cuando hay para pedir o rechazar.
- Respuestas poco usuales a las experiencias sensoriales.

En la bibliografía descrita por (Samaniego Santillán, 2005), señala que: presentan, generalmente, buenas capacidades en las áreas visoespaciales (pensamiento visual, habilidad para el dibujo), de memoria mecánica y de motricidad. Un porcentaje

importante presenta retraso mental aunque un alto porcentaje (especialmente en los casos de Síndrome de Asperger), no presentan retraso en el desarrollo cognitivo ni en el desarrollo de lenguaje.

Se describe por la autoría que el autismo es un trastorno que aparece en los primeros años de la infancia, la misma que presenta varios grados van de grave a leve, implica la falta de participación en actividades grupales, también realiza actividades o movimientos repetitivos o estereotipados, asociados a la ansiedad, no reacciona a órdenes, etc.

- Resistencia a cambios en las rutinas diarias o en el ambiente.
- Ausencia de interés por compartir.
- Utilización del lenguaje oral cuando hay para pedir o rechazar.
- Respuestas poco usuales a las experiencias sensoriales.

2.1.1.2. Grados de discapacidad

En referencia a los grados de discapacidad, (Querejeta González, 2004, pág. 17), señala:

Tener un problema, puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera. El porcentaje hace referencia en el caso de las limitaciones para realizar una actividad, a que el problema esté presente en al menos ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad que será de un 100%. En términos generales se admite un margen de error de hasta un 4 4 % %. Por ejemplo cuando se asigna la puntuación “no hay problema” o el de “problema completo” el código de graduación tiene un margen de 0- 4% en el primer caso y de 96-100% en el segundo.

Un elemento importante al hablar de discapacidad es el grado que ésta se presenta. Por otro lado, existe la necesidad de conocer el nivel de restricción en el desempeño propio de la persona en relación con su edad y sexo, para lo cual se ha utilizado la siguiente clasificación, planteada por el: (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001, pág. 4)

- **“Leve**, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no influye en su productividad.
- **Moderada**, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad.
- **Grave**, cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productiva”.

El grado de discapacidad nos indica el nivel de desempeño en sus actividades de tal modo tenemos discapacidad leve donde la persona puede desempeñar sus actividades con una mínima dificultad, la mayoría de estas personas son totalmente productivas, el nivel moderado limita algunas de las actividades cotidianas principalmente las de vestirse, desplazamiento, etc. Y el nivel grave los individuos son totalmente dependientes de una tercera persona para realizar sus actividades como cuidado personal.

El Anexo 3 describe una propuesta de normatividad para identificar el tipo y grado de discapacidad, el mismo establece los mismos criterios con la CIDDM que toma en cuenta para la clasificación del grado de discapacidad según el desempeño en sus actividades, la asistencia que necesita para poder realizar una actividad, teniendo en cuenta las ayudas e instrumentos.

2.1.1.3.Causas de la discapacidad

Al hablar de discapacidad y tratar de entender una causa específica del porque nuestro pensamiento no imagina la gran cantidad de factores que inciden en la discapacidad por ser muy diversos, por lo que es necesario mencionar las principales causas que se relacionan con lo biológico y sociocultural, y en ellas el medio físico y social desempeña un papel preponderante. La importancia de su conocimiento radica en que constituyen la herramienta fundamental para planear y evaluar los programas de prevención. Al respecto (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001), señala:

Son numerosas las causas identificadas como relevantes: factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, sedentarismo, tabaquismo, educación incompleta, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, traumatismos intencionales o no, adicciones al alcohol y a las drogas, problemas nutricionales, estrés y características del entorno físico, entre otros.

Se propone la clasificación desde el punto de vista de (Cantore , 2010, pág. 2). Las causas de la discapacidad son las siguientes:

CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD	
Causas genéticas.	<ul style="list-style-type: none">* Ambientales* Hereditarias
Causas congénitas.	<ul style="list-style-type: none">* Ambientales* Infecciones* Traumatismos

	<ul style="list-style-type: none"> * Intoxicaciones * Nutricional * Emocional * Causas desconocidas
Causas biológicas.	<ul style="list-style-type: none"> * Discapacidades por alteraciones en el número de cromosomas como el Síndrome de Down. * Discapacidades al factor genético de tipo estructural. * Discapacidades por genes mutantes.
Causas ambientales	<ul style="list-style-type: none"> * Discapacidades por enfermedades materno-infecciosas como el virus de la rubéola que puede producir defectos congénitos: sordera, retardo mental, defectos cardiacos, bajo peso al nacer. * El citomegalovirus y la toxoplasmosis pueden producir defectos severos, mortalidad y abortos espontáneos.
Causas físicas	Agresiones que pueden causar alteraciones cromosómicas.
Causas por sustancias químicas	Drogas de aceptación social, drogas ilegales, productos químicos y sustancias tóxicas en general.
Causas sociales	Violencia contra la mujer.
Causas perinatales	<ul style="list-style-type: none"> * Asfixia * Traumatismos * Pre y post termino * Emocionales
Adquirido	<ul style="list-style-type: none"> * Ambientales

	<ul style="list-style-type: none"> * Infecciones * Traumatismos * Intoxicaciones * Nutricional * Emocional * Proceso del envejecimiento
--	---

Elaborado por: Autoras de la investigación

2.1.2. Epidemiología

Según la (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011), el porcentaje de discapacidad a nivel mundial se estima que es la siguiente:

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 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”.

La Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social y punto focal de la CEPAL para el seguimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad presentó el estado del arte sobre la situación de las personas con discapacidad en la región. En base a los datos disponibles más recientes, “la población que vivía con alguna discapacidad en América Latina y el Caribe entre los años 2000 y 2011 ascendía a más de 66 millones de personas, correspondiendo a un 12.3% del total de la población regional, 12.4% de la población de América Latina y un 5.4% de los países del Caribe. Si se consideraba que estas cifras corresponden a datos del período 2000-2006 en más de la mitad de los países con información disponible, era posible afirmar que el número de personas con discapacidad podría fácilmente superar los 85 millones estimados por el Banco Mundial”. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013)

Según la prevalencia de la discapacidad por país encontramos que, “Perú es el país con mayor índice de discapacidad con un 31,28% seguido por Guatemala con un 17,00%, Uruguay 15,0% y Ecuador con un 13,20%, considerando así estos países presentan un índice alto de discapacidad, en cambio Chile 6,39% y Brasil con 6,0% siendo así los países con menos índice de discapacidad en América del Sur”. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013)

La terminología utilizada fue de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF-2001 de la OMS. Los nuevos datos señalan que: “De la población total nacional, el 12,14% tiene algún tipo de discapacidad. Del total, el 48,4% son hombres y el 51.6% mujeres. Las cifras revelan que existen

1.608.334 personas con discapacidad, de las cuales son, 1,1% menores de cinco años con limitación en la actividad y restricción en la participación (equivalente a 17.838 niños menores de cinco años); 43,70% mayores de cinco años con deficiencias; 15,39% mayores de cinco años con limitación leve y moderada; 39,8% mayores de 5 años con limitación grave (equivalente a 640.183 personas mayores de cinco años con limitación grave, que a pesar de ayudas tienen un nivel de funcionamiento muy restringido)". (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2007).

El (CEDIS, 2007), al hacer referencia sobre los cuidados que requieren las personas con discapacidad señala: El 38% de la población con limitación grave, necesita del cuidado permanente de otra persona. En cuanto al nivel de instrucción de las personas con discapacidad, 18% ninguno, 54% primaria, 19% secundaria, 8% superior. Sobre la situación laboral, el 44% sí trabajan y el 56% no. Sobre el acceso a la seguridad social, ningún acceso el 80%; IESS 11%; seguros privados 0,5%; IESS campesino 8%; ISSFA o ISSPOL 1%. El 50% de las personas con discapacidad están ubicadas en los quintiles 1 y 2 de pobreza, es decir, 789.998 personas con un ingreso per - cápita de USD. 30 mensuales. El 8% de los hogares rurales y el 5% de los hogares urbanos tienen alguna persona con discapacidad.

Según el censo poblacional (INEC ECUADOR , 2010), en el Ecuador hay un total de 816.156, personas con discapacidad, comprendiendo en la zona urbana 492.910 personas y en la zona rural 323.246; con distintos tipos de discapacidad siendo así; discapacidad intelectual en el área urbana 58.092, rural 45.675 dando un total de 103.767, discapacidad físico-motora en el área urbana 213.523 en la zona rural 130.191 con un

total de 343.714, discapacidad visual en el área urbana 113.208 rural 72.909 con un total de 186.117, discapacidad auditiva en el área urbana 64.480 rural 54.332 con un total de 118.812, discapacidad mental 37.066 en el área urbana 22.145 en el área rural, dando un total de 59.211, personas con discapacidad que reciben una educación especial 49.690 en el área urbana, 27.403 en el área rural dando un total de 77.093.

En el mismo censo del 2010, se revela los datos de discapacidad en la provincia de Imbabura siendo la cifra de “10.619 en la zona urbana, 12.041 en la zona rural dando un total de 22.660, de las cuales 2489 se encuentran en el Cantón Antonio Ante 2.489, Cotacachi 2.496, Ibarra 9.606, Otavalo 6.124, Pimampiro 1.092, San Miguel de Urququi 853”.

En el cantón Otavalo se revelan datos de un total de “6.124 personas con discapacidad las cuales se distribuyen de la siguiente manera en la parroquia de Dr. Miguel Egas Cabezas un total de 361 Eugenio Espejo (Calpaqui) 454, González 346, Otavalo 2.731, Pataquí 25, San José de Quichinche 514, San Juan de Iluman 619, San Pablo 607, San Rafael 361, Selva Alegre 106. Siendo así en el la parroquia San Luis de Otavalo hay 2.731 personas con discapacidad localizandos 1.950 en la zona urbana y 781 en la zona rural”.

Al respecto, el (CONADIS, 2013) señala: La Misión Manuela Espejo desarrollada desde el año 2007 ha brindado ayuda a personas con discapacidad, siendo así con el informe brindado el mes de julio del 2009 a noviembre del 2011, las brigadas realizaron visitas a 1'286.331 hogares en 24 provincias, 221 cantones de Ecuador,

evaluando y localizando a 294.611 personas con discapacidad, quienes fueron atendidas de una manera integral.

La Misión Solidaria Manuela Espejo ha realizado 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad o a sus familiares, también se realizaron 21.062 consultas genéticas y 35.257 consultas con otras especialidades; de las cuales se registran 26.327 casos críticos, estos datos arrojan una prevalencia de 2,43% de personas con discapacidad a nivel nacional. Los datos de la cobertura de la Misión Manuela Espejo nos indican que las personas con discapacidad severa que se encuentran en condiciones críticas corresponden al 7.78% que representan 26 096 personas a nivel nacional. En cuanto a la Provincia de Imbabura existen 808 personas que representan 3.10% de las personas con discapacidad severa. (Misión Solidaria Manuela Espejo, 2012)

Con la creación del CONADIS se impulsó y logró un razonable cumplimiento del “Primer Plan Nacional de Discapacidades del Ecuador”, el mismo que contó con 3 grandes programas: 1) Prevención; 2) Atención; 3) Integración Social, constituidos por varios proyectos de corto, mediano y largo plazo, ejecutados en su mayoría, aunque en diferentes niveles. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2007)

Antonio Ante 1007, Cotacachi 1243, Ibarra 4545, Otavalo 2130, Pimampiro 450, Urcuquí 383. En el cantón Otavalo de los 2130 personas 519 tienen discapacidad auditiva, 906 con discapacidad física, 345 con discapacidad intelectual, 50 con discapacidad en lenguaje, 71 psicológico, 239 visual.

2.1.3. Discapacidad Física

En referencia a la discapacidad física, (Ríos Hernández, 2005) afirma: “Es una alteración del aparato locomotor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, sistema muscular, del sistema óseo, o de una interrelación de los tres sistemas que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o diversas partes corporales”.

El (Gobierno de Chile - Ministerio de Educación, 2007), en cuanto a la discapacidad motora manifiesta: La discapacidad motora se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona. Las barreras, son de distinto tipo, por ejemplo, si la dificultad de un niño o niña se refiere a la movilidad de sus extremidades inferiores, no podrá acceder autónomamente, a las dependencias de edificios o viviendas que no tengan rampas o ascensores adecuados, no podrá usar los servicios higiénicos que no estén habilitados, no podrá acceder a los medios de transporte público, difícilmente podrá practicar deportes si no están adaptados, o simplemente, trasladarse cómodamente por las calles de la ciudad las que están llenas de obstáculos. Así, más allá de sus limitaciones o dificultades físicas efectivas, las barreras de un entorno hecho por y para personas sin discapacidad, condicionarán en el niño o niña, una percepción alterada de sus posibilidades reales, y una dependencia absoluta de los otros u otras.

Después de analizar la epidemiología descrita anteriormente los autores consideran que: Todas las personas que están afectadas por ellas presentan desventajas en el aparato locomotor que se ve limitado tanto en lo postural, de desplazamiento, coordinación y manipulación. En ciertas ocasiones suele acompañarse de alteraciones sensoriales, de lenguaje y perceptivas. En la persona discapacitada suele presentarse dificultades en las actividades de la vida cotidiana y por ende barreras presentes en el que se desenvuelve la persona, como el no acceso autónomo en edificios, viviendas sin rampas o ascensores adecuados, servicios higiénicos inhabilitados, medios de transporte público, entre otras.

2.1.3.1.Causas de Discapacidad Física

El enfoque propuesto sobre las causas de la discapacidad (Samaniego de García, 2006) afirma que:

Resulta interesante dar una mirada a la evolución que ha tenido el enfoque de las causas de discapacidad, en términos generales y durante la última década. En 1990 categorizaba las causas de discapacidad con un enfoque clínico en el siguiente orden: depresión unipolar, tuberculosis, accidentes de tránsito, daños auto provocados, consumo de alcohol, trastornos bipolares, guerra, violencia, esquizofrenia y anemia ferropénica. págs. 169-170

Según el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (Samaniego de García, 2006) dice que:

El estudio de OPS/OMS, “La Salud en las Américas 2002” mantiene el énfasis en rehabilitación en cuanto a las causas las divide en tres grandes grupos; sanitarias,

ambientales y otras. **Las causas sanitarias;** incluyen defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales y parasitosis, al igual que problemas relacionados con el desarrollo del feto y el parto. **Las causas ambientales;** están la contaminación ambiental y sus efectos en la salud; por ejemplo: el uso irracional de plaguicidas en los cultivos. **Otras causas:** son la violencia y la escasa prevención de accidentes ocupacionales o de tránsito, sin olvidar los casos que presentan traumas psicológicos y emocionales debido a los conflictos armados a los que se unen las víctimas de minas antipersonas.

De acuerdo a la información brindada por la OPS y la OMS se atribuye a las causas de la discapacidad a los problemas sanitarios, ambientales y otras causas, en los que tenemos como principales causas los trastornos congénitos, genéticos, enfermedades crónicas adquiridas, desnutrición, deficiencias sanitarias en las zonas alejadas, inadecuada e inoportuna atención médica durante el parto, también consideramos una de las causas la contaminación ambiental con fuertes químicos ya sea en el lugar de trabajo o en poblaciones en los que hay constantes fumigaciones aéreas, otras de las causas son accidentes laborales con consecuencias incapacitantes, trastornos psicológicos y físicos causados por conflictos armados, entre otras causas.

En el informe del BID, presentado en Chile (marzo, 2001) como resultado de la revisión de diversos documentos sobre prevalencia de la discapacidad, elaborados por los países entre 1997 y 2000, se introducen nuevas causas con una visión más social. De los datos enviados por los países motivo del presente estudio se registran las siguientes causas

como indica el ANEXO 5 titulado: Principales causas de la discapacidad en América Latina. (Samaniego de García, 2006)

La discapacidad motora puede deberse a diferentes causas y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal), por alguno de los siguientes factores: (Gobierno de Chile - Ministerio de Educación, 2007, pág. 11) “**Factores congénitos:** Alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones. Congénitas (espina bífida, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral. Etc.).

Factores hereditarios: Transmitidos de padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.

Factores adquiridos en la etapa post-natal: Traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.”.

2.1.3.2. Tipos de Discapacidad Física

Según (Díaz Ortíz, 2010, pág. 3): presenta una clasificación de acuerdo a la fecha de aparición, etiología, localización topográfica y origen.

- Atendiendo a la fecha de aparición: Malformaciones congénitas, espina bífida, parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, traumatismos vertebrales y tumores.

- Atendiendo a la etiología, transmisión genética, madre portadora, infecciones microbianas, accidentes, origen desconocido.
- Atendiendo a la localización topográfica: parálisis y paresias.
- Atendiendo a su origen: De origen cerebral, de origen espinal, de origen muscular, de origen óseo articular.

Por otra instancia se aporta otro tipo de clasificación de las principales discapacidades motrices según su origen de acuerdo a (Rosell, Camats, & Basil, 2010):

Encefálica: parálisis cerebral, traumatismo craneo encefálico, tumores, ataxia.

Espinal: espina bífida, lesiones medulares degenerativas, traumatismo medular, atrofia espinal.

Muscular: miopatías (Distrofia muscular de Duchenne, Becker, etc.).

Osteoarticular: malformaciones congénitas (artrogriposis, dismelia).

Malformaciones distróficas: (ontogénesis imperfecta).

Reumatismos infantiles

Lesiones osteoarticulares: por desviación del raquis (cifosis, lordosis, escoliosis)

2.1.4. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud (CIF)

En el año de 1980 fue propuesto el modelo de la clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía (CIDDM), en ese entonces fue de gran utilidad, pero con el pasar de los años era necesario que los factores contextuales y ambientales fueran incluidos.

En el estudio de la bibliografía específicamente en el (Gil Chang, 2007, págs. 2-4), en referencia a la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad, señala:

Después de varios años de trabajo y de revisión aprobada en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la salud en mayo del 2001, la nueva clasificación con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud conocida por sus siglas CIF.

La razón de ser de la nueva clasificación puede ser resumida por: aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean el resultado de la interacción de las características del individuo en el entorno y el contexto social.

En ella el concepto de “discapacidad” es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de “deficiencias de función” y “deficiencias de estructuras” (conocidas antes como deficiencias). Así, por ejemplo, se cambian conceptos como limitaciones en las “actividades” (anteriormente conocidas como discapacidades) o limitaciones en la “participación” (antes conocida como minusvalía).

A criterio de las autoras la CIF de una manera sencilla nos enseña a conocer y describir el funcionamiento de la discapacidad, que sea aplicable de una manera positiva en la socialización del individuo con su entorno, es por ello que la CIF describe a la discapacidad como una deficiencia en las funciones y estructuras, que limitan la participación del individuo en las diferentes actividades.

Según (Palacios, 2008, págs. 232-233), señala que la estructura de la clasificación es la siguiente:

Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad: el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud – enfermedades, trastornos, etc. – los factores contextuales que incluyen tanto factores personales como ambientales. La misma incluye las funciones y estructuras corporales y las actividades y la participación.

Parte 2. Factores Contextuales: los factores contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluye los factores ambientales y personales.

De acuerdo a la CIF descrita en (Gil Chang, 2007), sobre la situación real del funcionamiento y discapacidad al respecto afirma:

La CIF pretende reflejar, por lo tanto la situación real del funcionamiento humano en las que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción de la “condición de salud (de la persona y su entorno físico y social).

Se ha establecido para la CIF un modelo más complejo y multidireccional que contempla de manera más profunda la complejidad de la discapacidad. Finalmente podemos decir que la CIF proporciona un enfoque “biopsicosocial”, como se indica en el Anexo 1.

2.1.4.1.Principios de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (C.I.F)

Según la CIF descrita en (Gil Chang, 2007), señala la importancia de los principios filosóficos que rigen la aplicación de la CIF.

- No discriminación
- No violencia
- Acciones afirmativas
- Diversidad
- Accesibilidad
- Igualdad de oportunidades
- Vida independiente
- Auto representación
- Participación plena en todas las etapas de la vida

2.1.4.2.Objetivos de la CIF

Respecto a los objetivos de la CIF en la bibliografía de (Rodríguez, y otros, 2005, pág. 41), señala:

- Proporcionar una base científica para el estudio y comprensión 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 como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y la población en 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.

2.1.4.3.Aplicaciones de la CIF

La CIF tiene un amplio rango de aplicaciones, por ejemplo, en la Seguridad Social, en la evaluación de la atención médica y en estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. Ofrece un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores. “También es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la formulación como para la evaluación de políticas”. (Rodríguez, y otros, 2005, pág. 44)

2.1.5. Modelos de Discapacidad Física

2.1.5.1. Modelo Médico-Biológico

Sobre los modelos de discapacidad proporcionados por (UIPC-IMSRSO), señala:

Al constatar que varias enfermedades generaban déficits en el funcionamiento del individuo inhabilitándolo en el desempeño de una vida normal, llevó a reafirmar la necesidad de extender el modelo médico-biológico de la enfermedad. Es así como las consecuencias de la enfermedad fueron interpretadas y clasificadas con el modelo antiguo usado en salud. El déficit o discapacidad descrita como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal/mental surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual. Se plantea en el modelo que el objetivo de la actuación ha de ser la búsqueda de la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad.

El modelo médico-biológico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta.

Este modelo surge como punto primordial la atención sanitaria y con lo respecto a lo político intentan replantear y modificar la política de atención en salud considera además que la discapacidad se origina directamente por un efecto de condición de salud

el mismo que requiere un tratamiento médico que ayude a mejorar la calidad de vida de la persona y permita una adaptación y una conducta positiva ante su problemática.

2.1.5.2. Modelo Social de la Discapacidad

Este modelo postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales. Por lo tanto, desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen tan solo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficits. Se entienden así los postulados de Hahn , según los cuales en la discapacidad: “el problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”. (UIPC-IMSRSO)

A criterio de las autoras el modelo social propone que la discapacidad no se refiere tan solo por consecuencias o déficits del individuo, si no también puede ser el resultado de un conjunto condiciones, relaciones personales o actividades interpersonales, ya que la mayoría de éstas están ligadas a factores ambientales, en donde el problema se enfoca en la sociedad y el entorno que se crea el ser humano que se ajusta a una necesidad o aspiración de la persona con discapacidad y no en la incapacidad de las mismas para poderlas adaptar en las en las demandas de las actividades de la sociedad, es así que este

modelo se enfoca en las limitaciones innatas de la discapacidad del entorno, es por ello que la perspectiva del modelo social la discapacidad es en realidad un hecho social.

2.1.5.3. Modelo Político-Activista de la Discapacidad o el modelo de las “Minorías Colonizadas”.

Este modelo centra sus actuaciones en la acción política y social. Considerando las limitaciones presentes en las personas con discapacidad tanto en la educación, empleo y transporte, resultado de la actitud de la sociedad. Rescata que la persona con discapacidad pertenece a un grupo discriminado minoritario explotado por la sociedad. En este modelo se relacionan las teorías sociales de la discapacidad y el activismo político. Al respecto, (UIPC-IMSRSO), señala: Una extensión del modelo social es el que incorpora las luchas “pro derechos” de las personas con discapacidades. En ellas se defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad. Vemos, por lo tanto, como las teorías sociales de la discapacidad y el activismo político están en gran medida relacionados. Por ejemplo, el hecho de que una persona en una silla de ruedas no pueda ir a trabajar por sus propios medios, por no existir elementos facilitadores de movilidad en el entorno, es explicado en ambos casos no como la resultante de las características de la persona, sino como la consecuencia de una inadecuada respuesta de la sociedad. Desde esta perspectiva, el defensor del modelo social y el activista político, localizarán el problema no en la falta de movilidad generada por la discapacidad, sino en la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades, por ejemplo, eliminando las barreras a la movilidad.

Las autoras describen este modelo de acuerdo a la discapacidad como un ente que no hace diferencias entre poblaciones, sino característica intrínseca del ser humano, es así como se recalca que todo ser humano es en esencia limitado o incapaz de desarrollar todas las habilidades que le permitan enfrentarse a varias situaciones cambiantes de la sociedad y entorno.

2.1.5.4. Modelo universal de la discapacidad

Las autoras proponen el siguiente concepto para el modelo universal de la discapacidad: La iniciativa del modelo universal sugiere la discapacidad es un fenómeno universal que debe estar dirigido a toda la población al encontrarnos todos en posición de riesgo de adquirir una discapacidad debido a que está expuesto a diversas situaciones de peligro o de adquirir una enfermedad. Se considera que toda la población tiene capacidades y es relativamente incapaz por tanto requiere contextualizarse en un ambiente determinado valorando y aceptando las diferencias de cada persona.

Se ha evidenciado que en los países desarrollados la visión universal se promueve superando las discriminaciones y diferenciación entre la discapacidad y no discapacidad, de tal manera que no hay ser humano que posea habilidades que le permita desarrollarse ante múltiples y cambiantes demandas en la sociedad y entorno.

2.1.5.5. Modelo Bio-psico-social

Si el ser humano, tanto en la salud como en la enfermedad, en la conducta y funcionamiento normal como en el alterado, no puede sino ser visto como la resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales, no tenemos más remedio que aceptar que dicha conceptualización ha de ser también aplicada a la discapacidad, sea cual sea su naturaleza. El modelo bio-psico-social, nos permite explicar de manera más satisfactoria ese hecho complejo y multifacético que es la discapacidad. Tiene también cabida en el modelo, aunque ello exige lograr un siempre difícil equilibrio, la lucha por superar la marginación y estigmatización y por garantizar la igualdad, y el esfuerzo por potenciar los aspectos comunes y minimizar las diferencias. Sin embargo debemos tener presente que la lucha por eliminar la discriminación y la falta de igualdad en el acceso a los bienes sociales exige identificar a aquellos individuos que presentan deficiencias y establecer sus características, para actuar de manera positiva sobre ellas. (UIPC-IMSRSO)

En conclusión las autoras describen que este modelo integra las visiones de los modelos antes mencionados, intentando sintetizar la complejidad de la discapacidad desde varias perspectivas como son lo individual, social y biológica; además la CIF se inclina por este modelo que garantiza políticas de igualdad minimizando marginaciones y dificultad del libre acceso.

2.2.MARCO LEGAL Y JURÍDICO

En la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente 2008, 2008) y en la Ley Orgánica de Discapacidades se describe los derechos de las personas con discapacidad y grupos de atención prioritaria en los siguientes artículos:

El **Artículo 47** de la Constitución de la República enuncia lo siguiente: 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
2. para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
3. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. 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.
7. 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.

8. 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.
9. 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.
10. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.
11. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.
12. 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.

En el **Artículo 48** establece: 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.

La (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) en el artículo 49 establece que: 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.”

Personas con enfermedades catastróficas

En el **Artículo 50** de la Constitución de la República se determina: El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

REGLAMENTO DE LA LEY DE DISCAPACIDADES

El título II de las competencias de los ministerios de estado y otros organismos públicos y privados en relación con las discapacidades, en el artículo 4 acorde al reglamento de la ley de discapacidades las instituciones públicas y privadas deben garantizar que el Ministerio de Salud le corresponde asumir las siguientes responsabilidades:

10.- Establecer un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico funcional, mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidad los recursos y servicios, de manera que reciban una atención integral, individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio-cultural.

18.- Ampliar y reforzar los programas de intervención y estimulación temprana con participación de la familia y la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de riesgo, con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Bienestar Social, Instituto Nacional del Niño y la Familia, los institutos de Seguridad Social y organizaciones no gubernamentales.

22.- Organizar en todos los hospitales generales programas y servicios para la rehabilitación integral a las personas con discapacidad y atención integral a padres y a niños por problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia.

23.- Ampliar los programas de atención y rehabilitación integral en salud mental y enfermedades crónicas.

En el capítulo I de la salud, título VI de los derechos y beneficios de la salud según el **Artículo 64** garantiza que: Los servicios que dan atención a las personas con discapacidad deberán considerar a éstas, o a sus representantes en el caso de que aquellos no puedan participar por sí mismos, en la planificación y en la toma de decisiones relacionadas con su rehabilitación. (Asamblea Constituyente 2008, 2008)

PLAN DEL BUEN VIVIR

La (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) en su sección séptima enuncia que:

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.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

En el **Art. 35** de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria se establece que: Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo ya que se pretende establecer las características, propiedades y manifestaciones más esenciales relacionadas con el objeto de estudio, que es la discapacidad en el sector centro de la parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo provincia de Imbabura en el período de enero a junio del 2014, a través de un diagnóstico georeferenciado.

Por su naturaleza es una investigación cualitativa y cuantitativa. Cualitativa porque se realizó un estudio de casos de 2 000 familias que conforman los 15 barrios de la parroquia San Luis de Otavalo, identificando y analizando el problema de la discapacidad, tanto en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, en este sentido, la investigación tiene como característica común el referirse a sucesos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural.

Se estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede, se interpreta los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Además es una investigación Cuantitativa, porque se procedió al tratamiento estadístico de los datos recolectados, clasificando y ordenando en tablas estadísticas para su análisis e interpretación.

Por el lugar, corresponde a una investigación de campo, ya que se realizó en el mismo lugar de los hechos, en contacto directo con quien o quienes son los gestores del problema que se investiga, obteniéndose la información de primera mano en forma directa.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental ya que no se manipula de una manera directa las variables de estudio, no hay comparaciones con ningún otro grupo de investigación; únicamente se realizó la observación de los fenómenos tal como ocurren en su momento para poder analizarlos y generar resultados. El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal ya que se realizó en un corte de tiempo, enero a junio del 2014, con una duración de aproximadamente seis meses.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

3.3.2. Datos Generales del Cantón Otavalo

3.3.2.1. Ubicación y límites del Cantón de Otavalo

La ciudad de Otavalo se localiza al Norte del callejón interandino a 110 kilómetros de la capital Quito y a 20 kilómetros de la ciudad de Ibarra, se encuentra a una altura de 2.565 metros sobre el nivel del mar.

“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”. (Gobierno Municipal de Otavalo 2013, 2013).

3.3.2.2.División Política Administrativa

Superficie (Km2) Urbana: 82,10; Rural: 424,37; Total Cantón 507,47.

Perímetro Urbano: 800 Hectáreas.

Cuadro N° 1 Población por parroquias, género y etnia del Cantón Otavalo

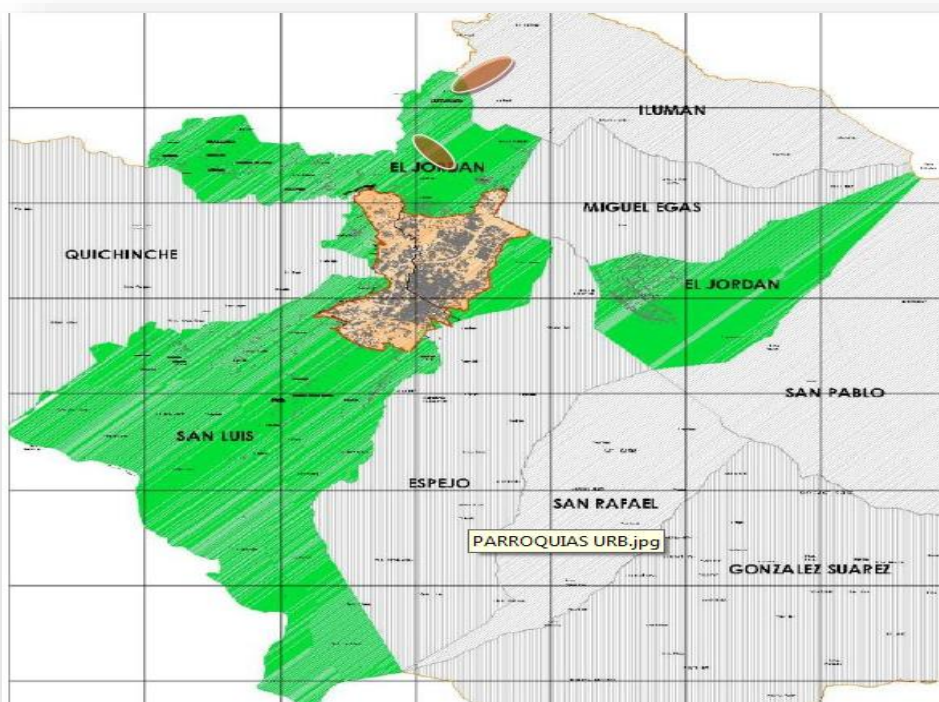
Parroquias	Población			Auto identificación étnica		
	Femenino	Masculino	Total	Indígena	Mestizo	Otros
Parroquias rurales						
Eugenio Espejo	3858	3499	7357	5465	1768	124
San Pablo del Lago	5200	4701	9901	4098	5673	130
González Suarez	2877	2753	5630	4040	1492	98
San Rafael	2860	2561	5421	4950	448	23
San Juan de Ilumán	4398	4186	8584	7556	948	80
Dr. Miguel Egas Cabezas	2539	2344	4883	4368	486	29
San José de Quichinche	4334	4142	8476	6535	1853	88
San Pedro de Pataquí	141	128	269	55	197	17
Selva Alegre	745	855	1600	299	1231	140
Parroquias Urbanas						
San Luis - El Jordán	27479	25274	52753	22734	28164	1855
Total	54431	50443	104874	60029	42260	2584
Porcentaje	51.9	48.1		57	40	2

Fuente: SIN, Censo 2010

“De las nueve parroquias existentes la de menor extensión es San José de Pataquí con una población de 269 habitantes y la de mayor extensión territorial es Selva Alegre con 178 Km² con 1600 habitantes. El aumento promedio de la población desde la década de 1990 al 2001 fue de 21% y del 2001 al 2010 fue del 16.28%”. (Cachimuel Gualapuro, 2013).

La parroquia urbana San Luis incluye las comunidades de: Imbabureña Alto y Bajo, Mojanda, Mojanda Mirador, Mojandita, Taxopamba, Cuatro Esquinas. (Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Otavalo, 2014)

La parroquia San Luis de Otavalo siendo la cabecera cantonal cuenta con “un 76.60% de la población del área urbana y 25.40% del área rural, es decir cuenta con 713 habitantes por Km². La edad promedio de la población es de 28 años, siendo la ciudad más joven en relación a otras ciudades de la provincia que es de 35 años”. (Cachimuel Gualapuro, 2013)



Fuente: (GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE OTAVALO, 2012)

BARRIOS DE LA PARROQUIA SAN LUIS DE OTAVALO	
- Barrio Central, Barrio San Blas	- Cooperativa María E. Córdovez
- Barrio Copacabana	- La Joya
- Barrio el Empedrado	- Nuevo Santiaguillo
- Barrio Punyaro	- Punyaro Alto
- Barrio Santa Anita	- Santiaguillo
- Ciudadela Jacinto Collaguazo	- Urbanización 31 de Octubre
- Cooperativa Bellavista de Imbabuela	- Urbanización El Empedrado
- Cooperativa Marco Proaño	

Elaborado por: Autoras de la investigación

3.3.2.3.Situación económica del cantón Otavalo

Se desarrolla a base de recursos naturales, industria, manufactura, agricultura, textil, industria, comercio, turismo; siendo estas las principales fuentes de ingresos de las personas de Otavalo.

3.3.2.4.Historia del cantón Otavalo

El plan de vida de Otavalo 2001 resume la síntesis histórica del cantón y señala que de legitimarse que la antigüedad dataría de unos 28.000 años atrás. Si diferentes son los testimonios que buscan explicar la presencia de los primeros habitantes del sector, es lógico deducir que el origen de la palabra OTAVALO tiene varias interpretaciones. “Otavalo provendría de OTO-VA-L-O que significa “lugar de los antepasados” y en

lengua de los indígenas de la zona se traduciría “como cobija de todos” y SARANCE como “pueblo que vive de pie”. (Gobierno Municipal de Otavalo 2013, 2013)

Según la actual división política administrativa suministrada por el (Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Otavalo, 2014), el cantón incrementa su territorio en 71.53 Km², en este contexto las parroquias que han aumentado su territorio son: Miguel Egas en un 75.44%, Eugenio Espejo en un 24.74%, González Suárez en un 2.12%, San José de Pataquí en un 12.61%, San José de Quichinche aumenta en un 31.53 % y Selva Alegre en un 29.12%. Por otro lado las parroquias que disminuyen su territorio son la capital cantonal San Luis de Otavalo 8.1 Km², San Juan de Ilumán 0.82 Km², San Pablo 0.57Km² y San Rafael 1.58Km²”.

Para la realización de la investigación se trabajó con la población del área urbana de la parroquia San Luis del Cantón Otavalo, en un total de 2.000 familias aproximadamente, distribuidas en 15 barrios, como se detalla en el siguiente cuadro.

3.3.3. Muestra

En el presente estudio, no se procedió al cálculo de la muestra, por lo que se utilizó la técnica del Censo, aplicada a aproximadamente 52753 personas de la zona urbana de Otavalo, mediante una encuesta, cubriendo la totalidad de la población objeto de estudio se pudo encontrar 103 personas con discapacidad.

3.4. Identificación de Variables

- Personas con discapacidad
- Calidad de vida
- Caracterización de la discapacidad
- Base de datos de la población con discapacidad.

3.5. Indicadores

1. Personas con discapacidad

- Edad
- Género
- Etnia
- Barrio o comunidad

2. Calidad de vida

- Servicio del gobierno.
- Ayuda gubernamental

3. Caracterización de la discapacidad

- Clasificación
- Tiempo de discapacidad
- Origen
- Consecuencias
- Familiares con discapacidad
- Ayuda permanente
- Recuperación

- Rehabilitación
- Situación laboral

4. Base de datos de la población con discapacidad.

- Información recolectada
- Tablas y cuadros estadísticos
- Gráficos estadísticos
- Interpretaciones.

3.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Discapacidad.			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS
Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad	Caracterización de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación - Tiempo de discapacidad - Origen - Consecuencias - Familiares con discapacidad - Ayuda permanente. - Recuperación - Rehabilitación - Situación laboral. 	Encuesta

Elaborado por: Autoras de la investigación

VARIABLE DEPENDIENTE: Factores Sociodemográficos			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS
<p>Son el reflejo de las características demográficas de una población. Entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad y sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, el porcentaje de la población urbana y la esperanza de vida al nacer, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud-enfermedad.</p>	<p>Personas con discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Etnia - Genero - Barrio o comunidad - localización 	<p>Encuesta</p>
	<p>Calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio del gobierno. - Ayuda gubernamental 	<p>Encuesta</p>

Elaborado por: Autoras de la investigación

3.7.Métodos de Investigación

3.7.1. Método Analítico-Sintético

El método de análisis, consiste en la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos mediante la recolección y revisión bibliográfica para estudiarlos de forma individual y poder comprender el todo. La síntesis es la unión racional de los elementos dispersos para estudiarlos en su totalidad, es la recomposición de un nuevo todo. El método de análisis y síntesis han permitido realizar un estudio profundo y detallado del objeto de estudio que es la discapacidad en los pobladores de la parroquia San Luis de Otavalo obteniendo los resultados que se presentan en resúmenes, cuadros y gráficos, de esta manera se pudo conocer la situación real y proponer las conclusiones y recomendaciones respectivas.

3.7.2. Método Inductivo-Deductivo

El método deductivo es el movimiento del pensamiento que va de lo general hacia lo particular, permitiendo establecer la estructura del trabajo tomado como parámetros los temas más generales hasta llegar a los aspectos más particulares.

El método de inducción es el razonamiento que, partiendo de casos particulares de los indicadores del problema, se eleva a conocimientos generales, como proceso lógico del pensamiento ha sido utilizado para inferir los resultados y conclusiones del estudio realizado, es decir cuáles son los factores que incidieron en la adquisición de la discapacidad.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Encuesta

Es un estudio observacional, mediante el cual se recolecta datos obtenidos, por medio de un cuestionario, en el que el investigador sigue el curso del cuestionario previamente diseñado y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en investigación. Esta técnica fue destinada a obtener datos de varias personas cuya información obtenida fue de nuestro interés como investigadoras. Dicha encuesta fue realizada en formato digital en el que se usó un listado de preguntas de tipo general, específicas, dicotómicas, politómicas y mixtas que se planteó a la población del área de San Luis de Otavalo. Cabe destacar que la encuesta fue en su mayoría de manera indirecta ya que se la realizó a los padres de familia o representantes de cada persona, ya que las condiciones físicas e intelectuales en las cuales se encontraban lo impedían.

- La recolección de la información existente sobre el tema se dio por medio de fuentes secundarias que permitió conocer el estado del área de nuestro interés de cuántos y cuáles estudios se han realizado, enfoques teóricos y metodológicos, informes actuales de discapacidad del CONADIS, misión Manuela Espejo y Municipalidad de Otavalo que nos sirvieron de ayuda para comprender a fondo el problema de investigación planteado.

3.8.2. Instrumentos de recolección de datos:

- Medio electrónico: 2 Celulares con los que se realizó la encuesta electrónica.
- Mapa de localización de la ciudad de Otavalo, el mismo que fue adquirido en el área de urbanización del Gobierno Autónomo Descentralizado de Otavalo.

- GPS con el cual se registró las coordenadas exactas de localización de cada una de las personas encontradas con discapacidad.
- Epi- Info y Microsoft Excel, los cuales fueron de utilidad en la tabulación de datos estadísticos.

3.9. Valides y confiabilidad de la investigación

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

CAPÍTULO IV

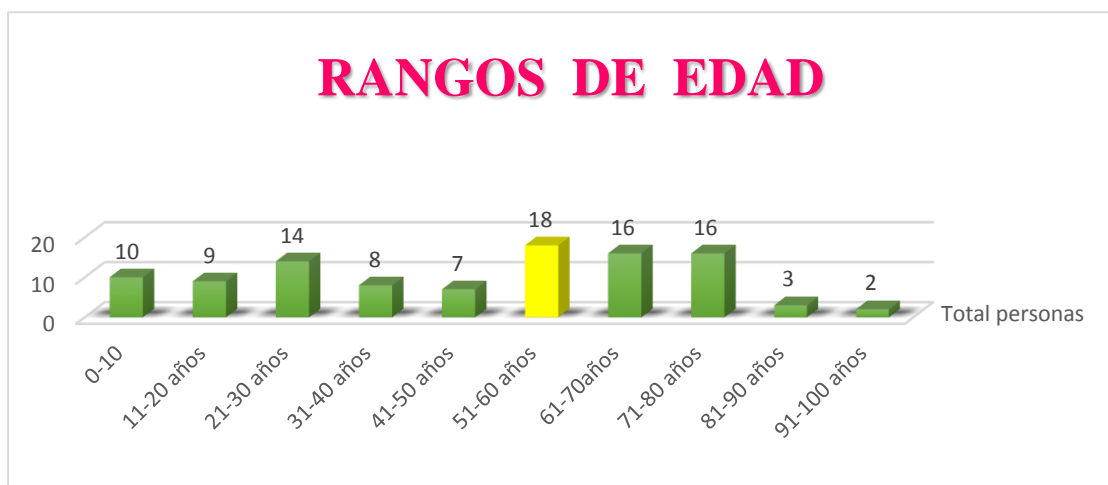
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se da a conocer el análisis e interpretación de los datos obtenidos mediante la encuesta dirigida a la población con discapacidad en la parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo, en consecuencia estos resultados nos permitirán efectuar los objetivos planteados al inicio de la investigación.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

GRÁFICO 1

RANGO DE EDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

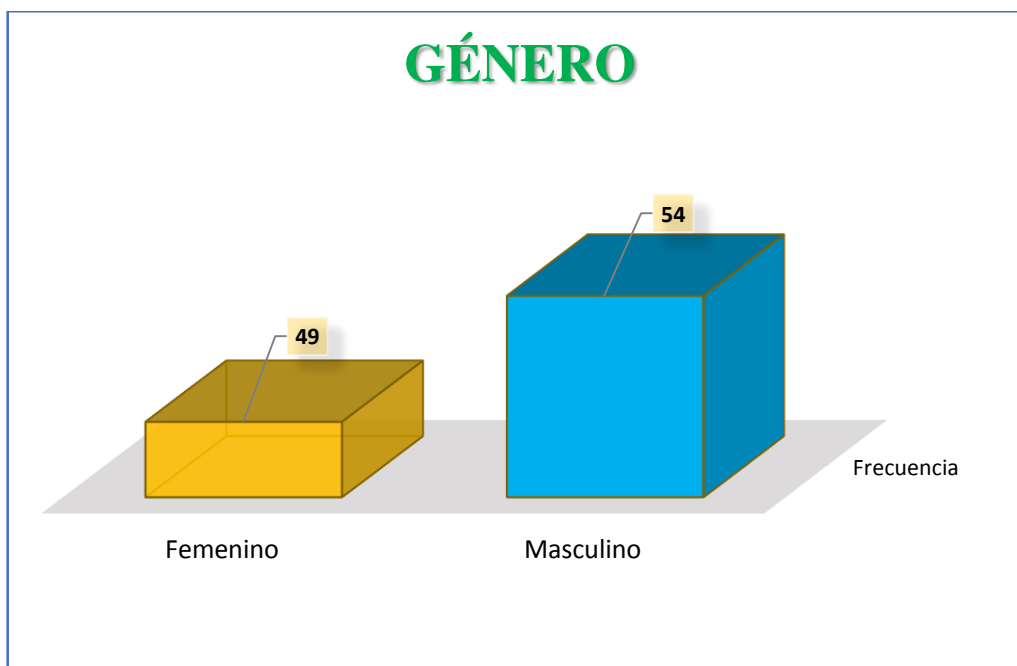


Análisis:

En el siguiente gráfico se determina que el 17,5% de las personas con discapacidad se hallan comprendidos entre las edades de 51 a 60 años representando así a la mayoría, seguidos de los siguientes grupos comprendidos entre las edades de 61 a 70 y de 71 a 80 años que comprenden el 15,5% cada una. (Ver Anexo 7).

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ÁREA URBANA SAN LUIS DE OTAVALO SEGÚN EL GÉNERO

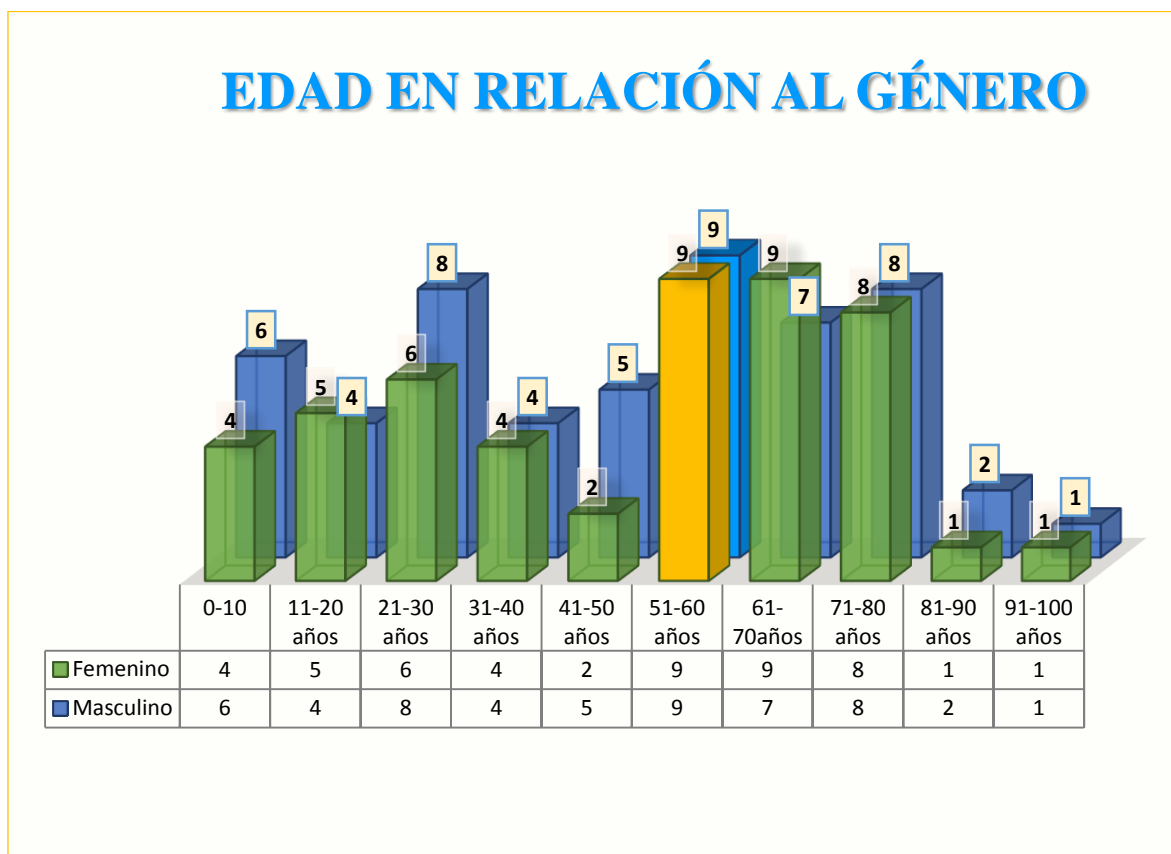


Análisis:

Se puede informar que de los 103 pacientes encuestados, 49 que representan el 47,6% corresponde al sexo femenino, y que 54 que representan el 52,4% corresponde al sexo masculino, lo que se determina que no hay diferencias significativas de discapacidad en cuanto al género. (Ver Anexo 8).

GRÁFICO 3

RANGO DE EDAD CON MAYOR DISCAPACIDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO

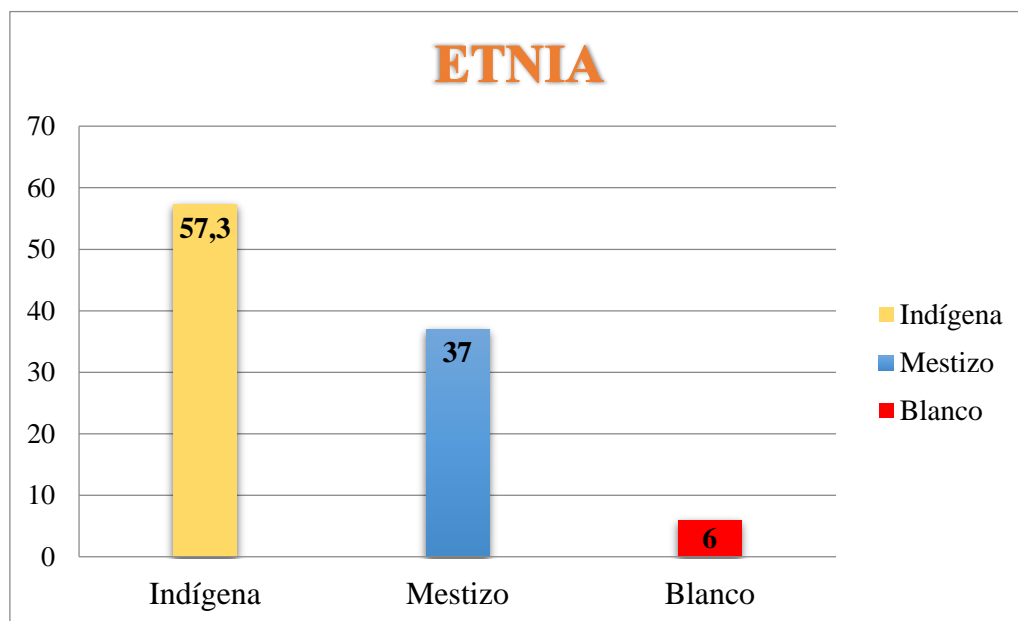


Análisis:

Según la encuesta realizada a la población de San Luis de Otavalo, se encontró que un 17,5% corresponde al rango de 51 a 60 años de edad, con mayor incidencia de discapacidad, señalando que tanto hombres como mujeres presentan el mismo número de discapacidad. (Ver Anexo 9).

GRÁFICO 4

CLASIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN LA ETNIA



Análisis:

Del total de la población encuestada el 57% pertenece a la etnia indígena siendo grupo mayoritario de 59 personas, siguiendo con un 37% correspondiente a la etnia mestiza con 38 personas, y el grupo étnico blanco corresponde a un 6% de 6 personas siendo así el minoritario, de lo cual se desprende que la etnia indígena es la más afectada por esta problemática. (Ver anexo 10).

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS BARRIOS.

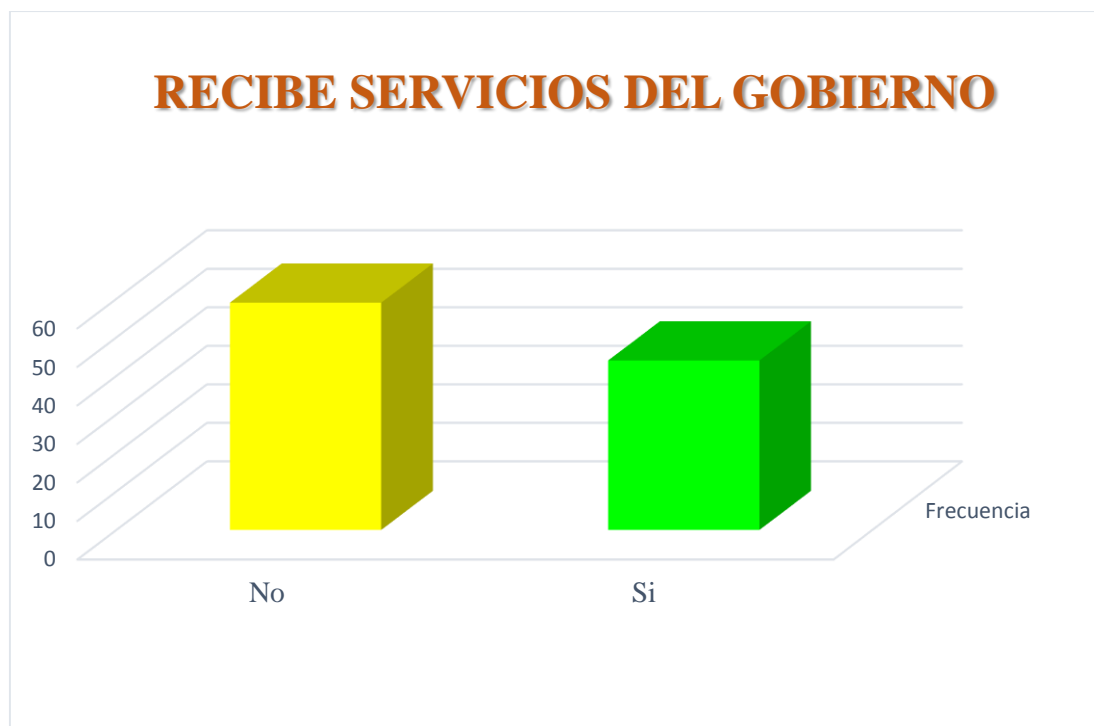


Análisis:

De acuerdo a la gráfica se evidencia que según la distribución de las personas con discapacidad según el barrio al que viven, los barrios en los que se encontró mayor incidencia de discapacidad fueron la ciudadela 31 de Octubre y Punyaro con 12 personas cada uno, seguido así del barrio San Blas con 11 persona y Punyaro alto con 8 personas.

GRÁFICO 6

NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN ALGÚN SERVICIO DEL GOBIERNO



Análisis:

El 57,3% de encuestados manifestaron que no reciben ningún tipo de servicio por parte del gobierno, mientras que el 42,7% si recibe algún servicio. Los datos evidencian que existe un alto porcentaje de la población que se encuentra marginada de recibir algún tipo de servicio por parte del estado. (Ver Anexo 11).

TABLA 7**BENEFICIARIO DE PROGRAMAS DE AYUDA DEL GOBIERNO**

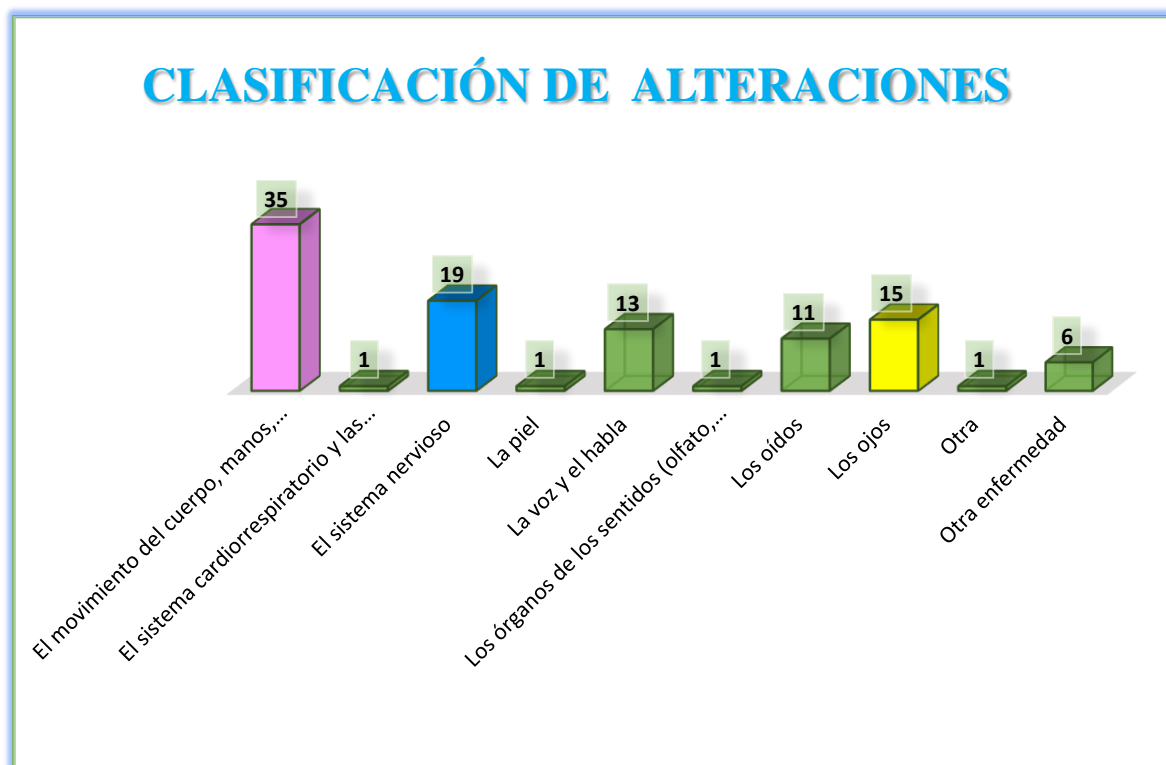
	Bono de desarrollo humano	Misión Manuela Espejo	Bono Joaquín Gallegos	Vivienda por discapacidad
Si	41	0	1	0
No	62	103	102	103
Total	103	103	103	103

Análisis:

Tan solo el 40% de personas recibe el Bono de desarrollo humano y el 1% recibe el Bono Joaquín Gallegos Lara, mientras que ninguno ha recibido beneficios de los programas Misión Manuela Espejo y vivienda por discapacidad. (Ver anexo 11).

GRÁFICO 8

CLASIFICACIÓN DE ALTERACIONES PERMANENTES QUE MÁS AFECTA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD



Análisis:

Según la gráfica se observó que la alteración más relevante es a nivel motriz con un número de 35 personas (34%), seguido de alteración del sistema nervioso que sumó 19 personas (18,4%), seguido de alteración visual con 15 personas (14,6%), siendo las tres alteraciones más relevantes que se encuentran en la investigación.(Ver Anexo 12)

GRÁFICO 9

TIEMPO QUE PRESENTA LA DISCAPACIDAD

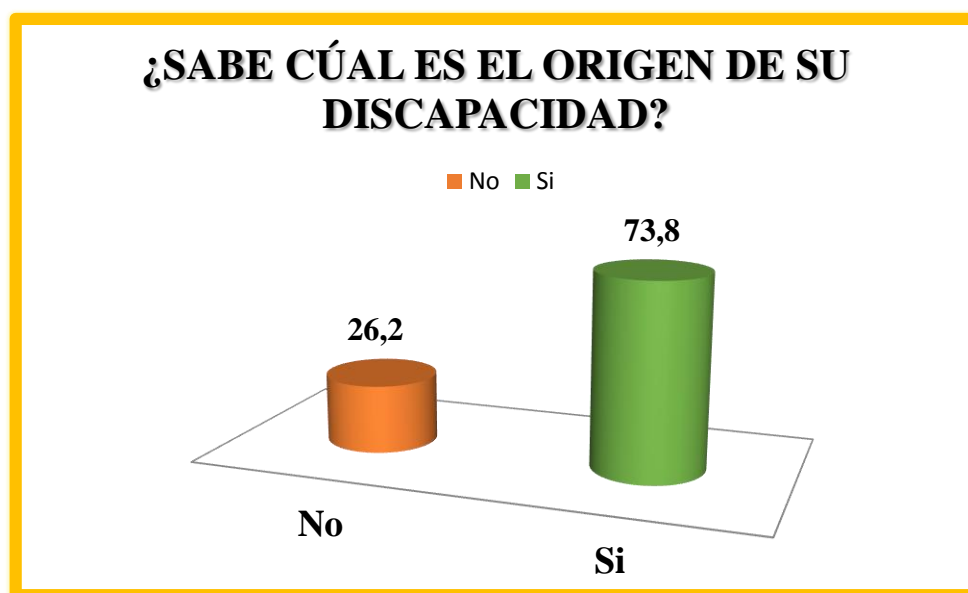


Análisis:

El 38,8% señala que las personas adquirieron su discapacidad en la infancia de 1-10 años, considerándose así el porcentaje de mayor incidencia de discapacidad, seguido de un 16,5% en el grupo de 11-20 años, seguido de 14,6% en el rango de 21-30 años, concluyendo que estos tres grupos son los de mayor incidencia de adquisición de la discapacidad respecto a su edad. (Ver Anexo 13)

GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE CONOCEN O NO EL ORIGEN DE SU DISCAPACIDAD

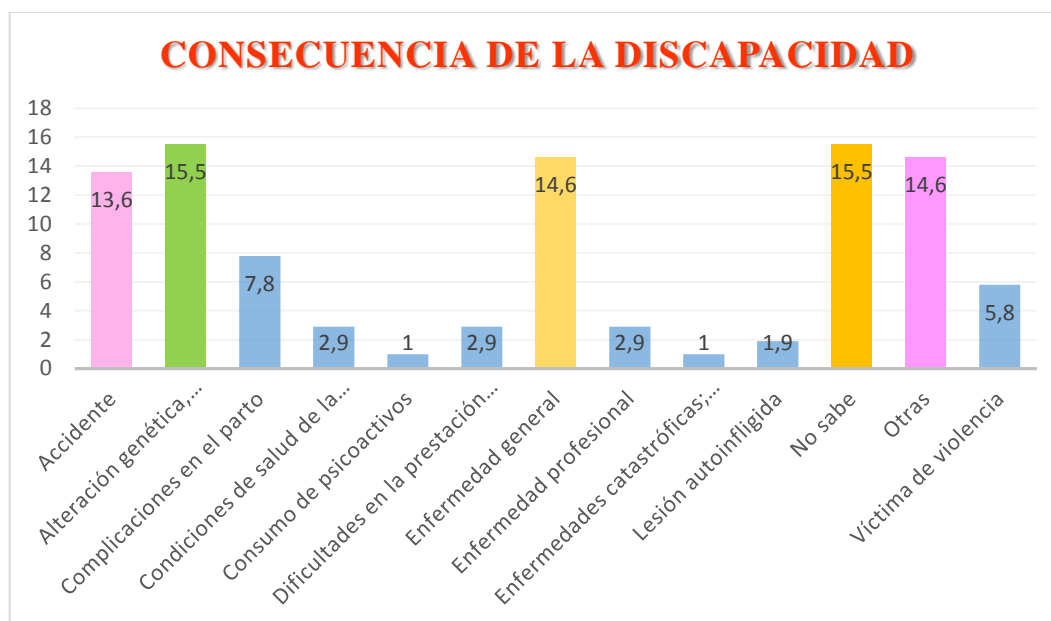


Análisis:

De acuerdo a la gráfica se pudo constatar que el 74% de la población encuestada conoce el origen de su discapacidad que equivale a 76 personas, a diferencia que el 26% de la población desconoce el origen de su discapacidad que equivale a 27 personas. Concluyendo así que la mayor parte de la población de San Luis de Otavalo conoce el origen de su discapacidad.

GRÁFICO 11

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LA CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD.

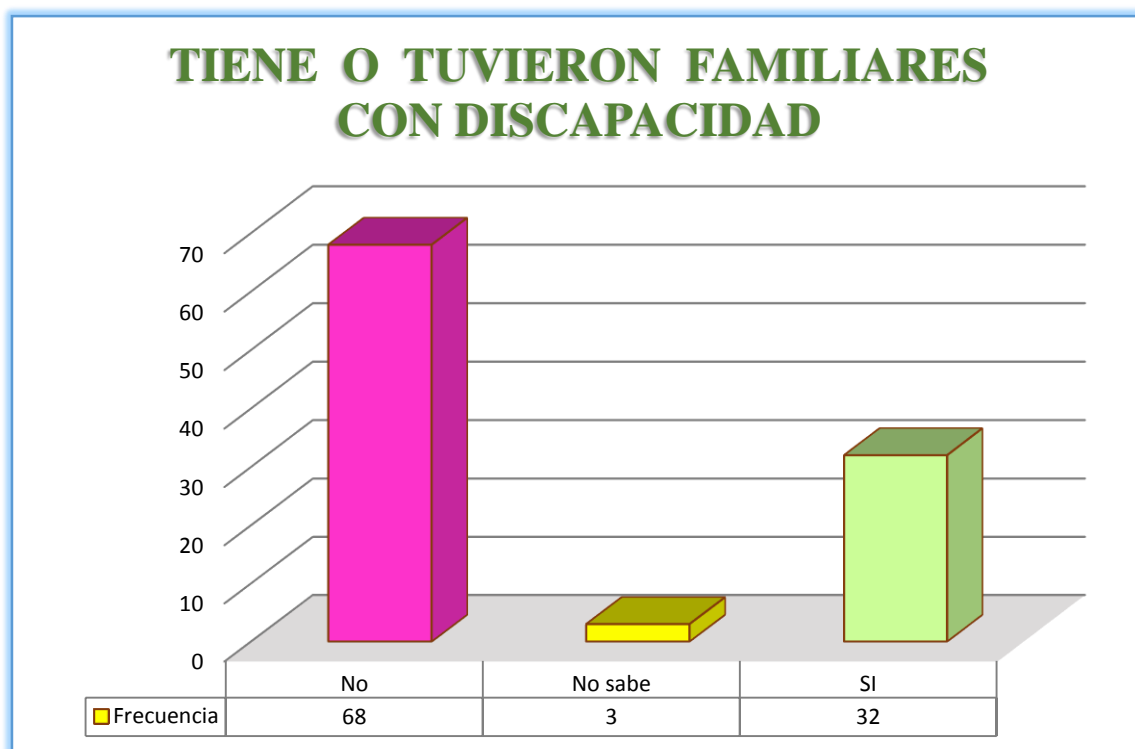


Análisis:

Se puede apreciar que del total de personas con discapacidad, las posibles causas más relevantes se encuentran: 16 (15,5%) que corresponden al grupo de alteraciones genéticas o hereditarias, y 16 (15,5%) que corresponden al grupo de las personas que no saben la causa de su discapacidad. Además, se puede apreciar que dos grupos representan el 14,6% de 15 personas de cada grupo que corresponden a consecuencia de una enfermedad general u otras causas, seguido del 13,6% conformado por 14 personas que manifestaron que fue a causa de un accidente, seguido del 7,8% conformado por 8 personas que fue a causa de complicaciones en el parto, seguido de 5,8% conformado por 6 personas que fue a causa de víctima de violencia, seguido de tres grupos con un 2,9% que corresponden a 3 personas por cada grupo que fue a causa de condiciones de salud de la madre en el embarazo, dificultades en la prestación de servicios de salud y enfermedad profesional, seguido de 1,9% que conforman 2 personas que fue a causa de lesión autoinfligida y finalmente tenemos dos grupos con 1% de 1 persona cada grupo que fue a causa de consumo de psicoactivos y enfermedades catastróficas; menores de 14 años con VIH. (Ver Anexo 14)

GRÁFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN O TUVIERON ALGÚN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD.



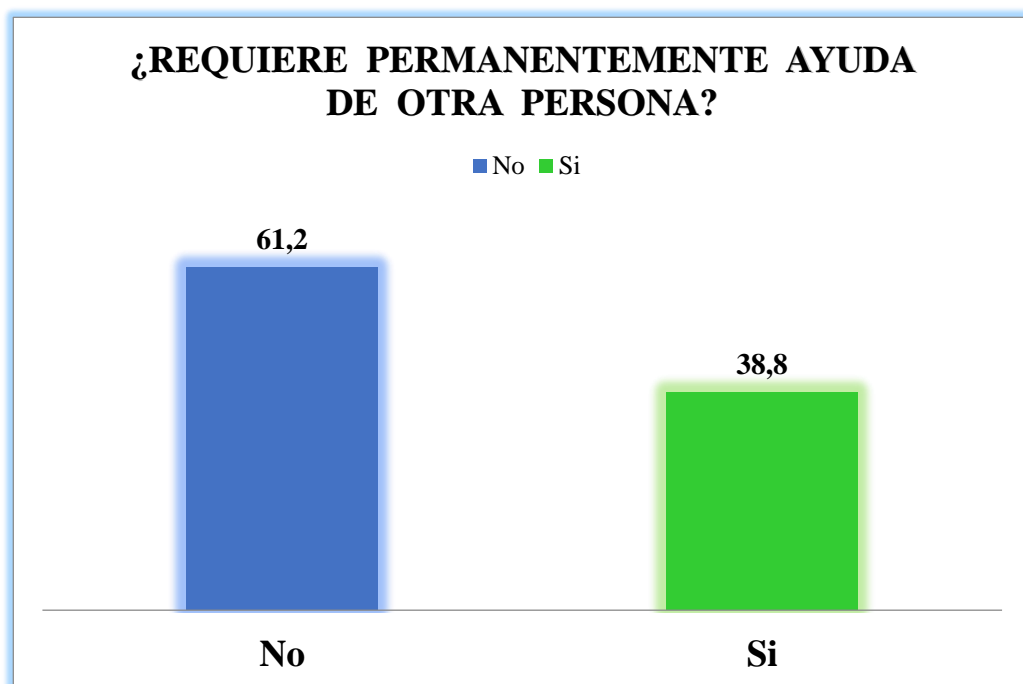
Análisis:

Del grupo de personas encuestadas 68 (66%) de ellos manifestó que no tuvo/tiene un familiar que presente discapacidad, mientras que 32 (31,1%) de ellos indicó que tuvieron/tienen familiares con discapacidad y finalmente 3 (2,9%) de ellos indicó que desconoce si tuvieron/tiene algún familiar con discapacidad. (Ver Anexo 15)

GRÁFICO 13

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE REQUIEREN O NO LA AYUDA

PERMANENTE DE OTRA PERSONA

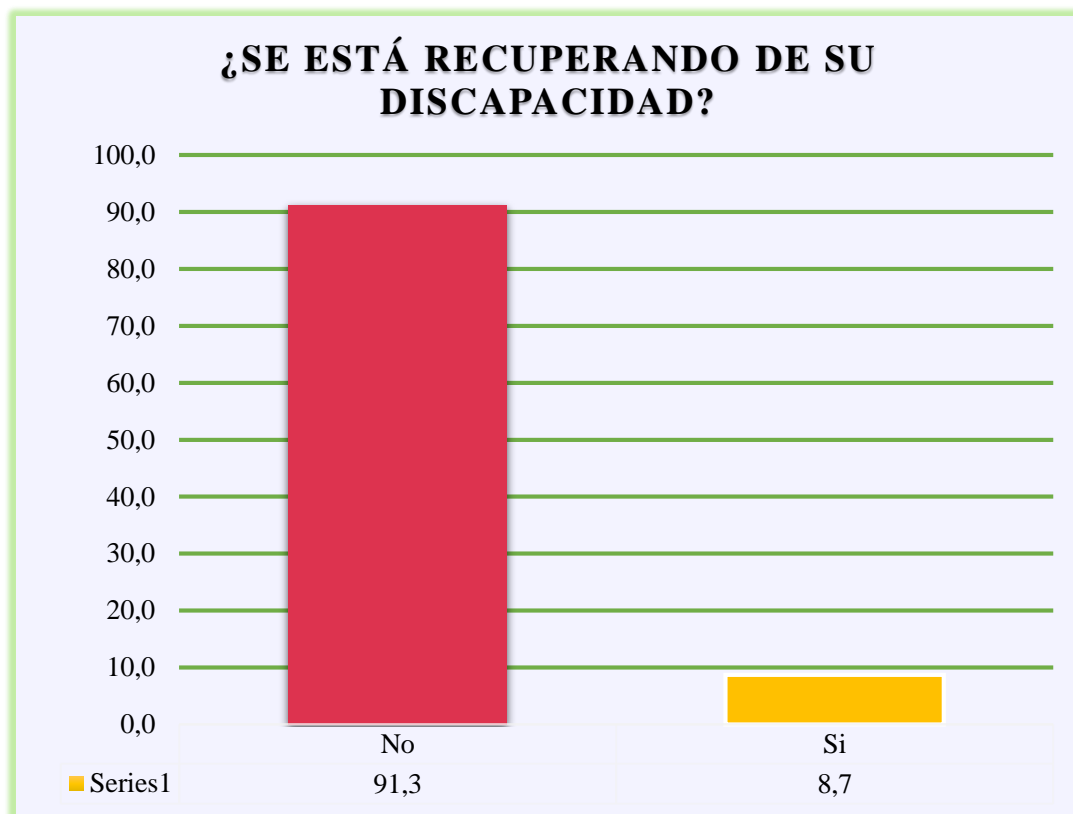


Análisis:

En la investigación realizada se pudo observar que el 61% de personas encuestadas no requieren la ayuda permanente de otra persona para desenvolverse, en cambio un 39% de ellos manifestaron que si requerían ayuda permanente. Al respecto es importante considerar que un grupo significativo de la población con problemas de discapacidad necesita de la ayuda permanente de otra persona.

GRÁFICO 14

¿HA VISTO USTED ALGUNA RECUPERACIÓN DE SU DISCAPACIDAD?

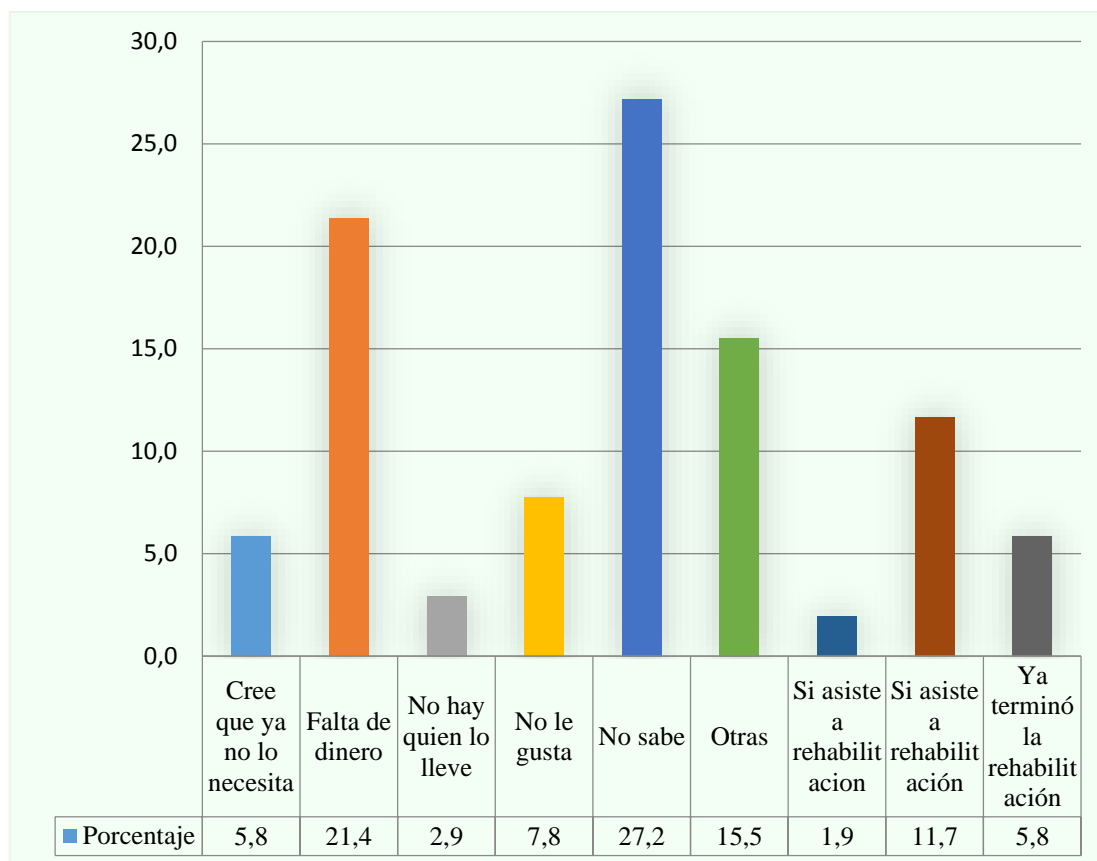


Análisis:

Respecto a la población encuestada se pudo constatar que la mayor parte de ellos no se está recuperando de su discapacidad, la misma que equivale a un número sumamente considerable de discapacidad irreversible con un 91,3%, mientras que solo un 8,7% consideró que ha visto alguna mejoría.

GRÁFICO 15

MOTIVOS POR LOS QUE NO RECIBE SERVICIO DE REHABILITACIÓN

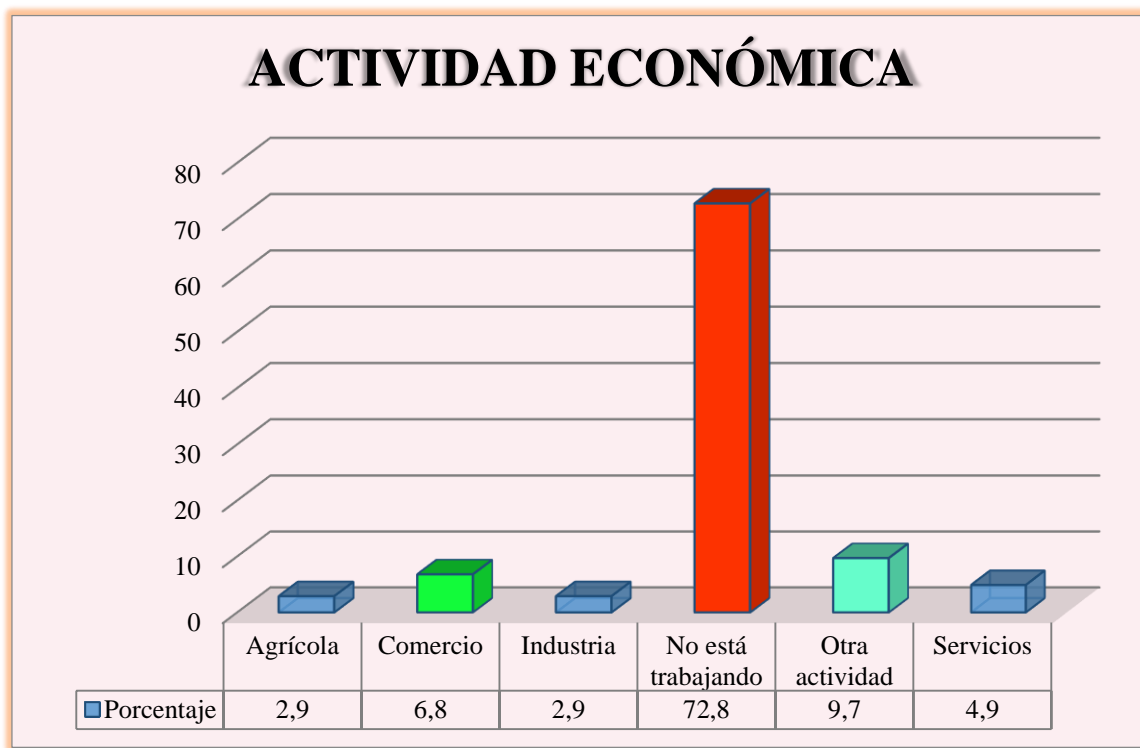


Análisis:

El 27,2 % de personas encuestadas manifestó que no recibe rehabilitación debido a que no sabe que debe hacerlo; siendo así el grupo mayoritario, mientras que el 21,4% señala que no recibe rehabilitación por falta de dinero; seguido de un 15,5 % no reciben rehabilitación por otras causas. Mientras que solo el 1,9 % señala que si recibe rehabilitación.

GRÁFICO 16

ACTIVIDAD ECONÓMICA – TRABAJA ACTUALMENTE

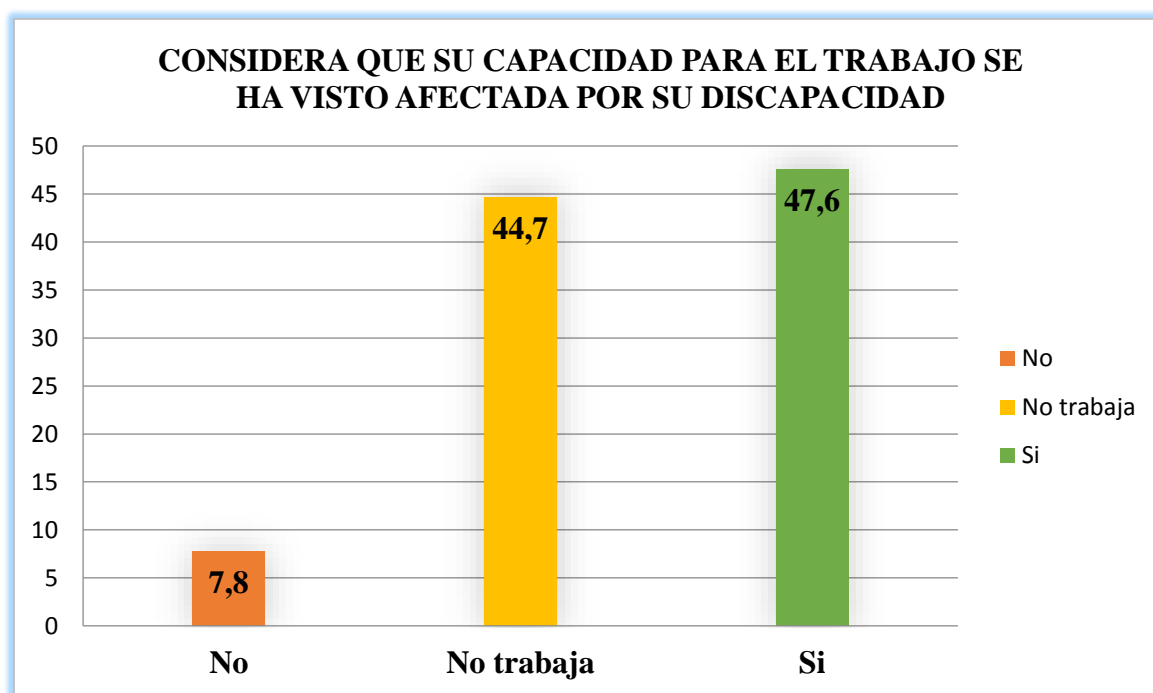


Análisis:

De acuerdo a las respuestas obtenidas 75 (72,8%) indican que no trabaja, siendo el grupo mayoritario que actualmente no tienen una actividad económica, mientras que; 10 (9,7%) se dedican a una actividad diferente, un 7 (6,8%) se dedican al comercio, mientras que 3 (2,9%) se dedican a la actividad agrícola, industria; representando en su número y porcentaje igual.

GRÁFICO 17

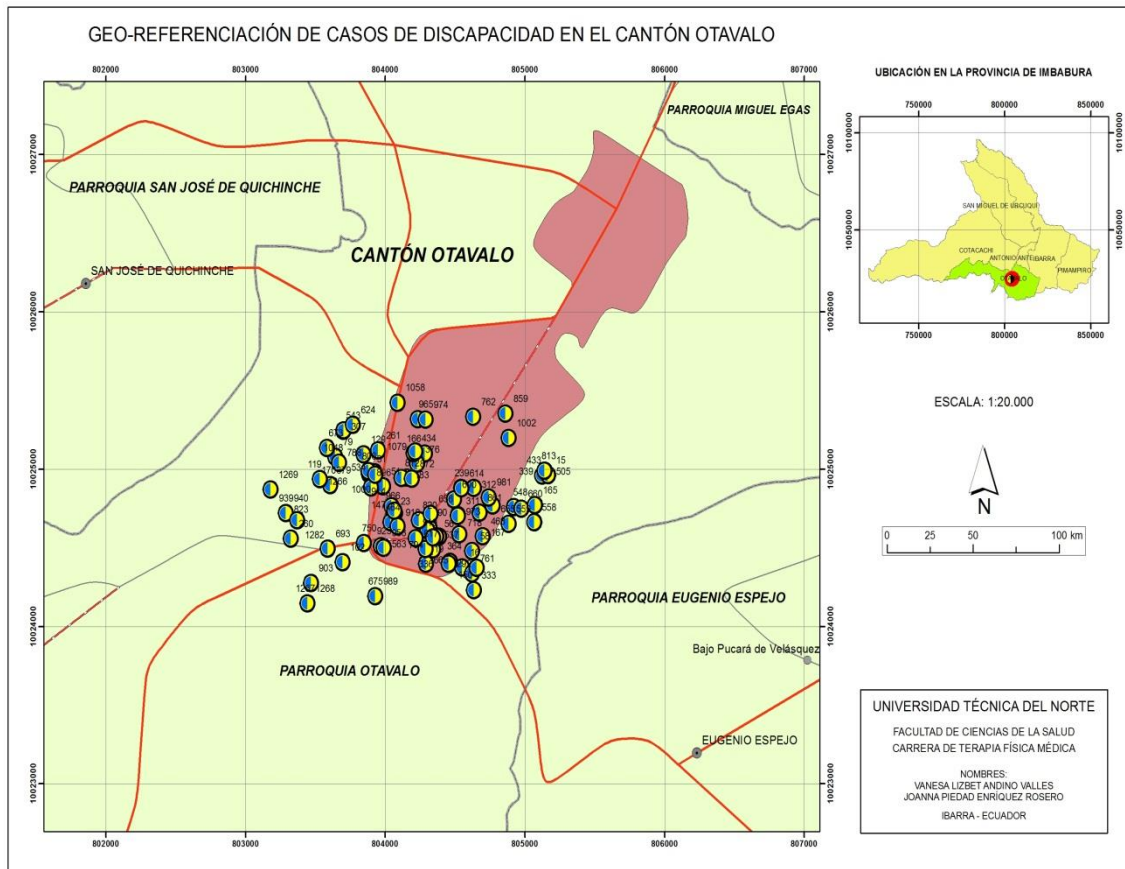
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE CONSIDERAN O NO QUE SU CAPACIDAD PARA EL TRABAJO SE HA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD



Análisis:

El 47,6% que representa a 49 de las personas encuestadas asumió que su capacidad para el trabajo si se veía afectada por su discapacidad siendo así el grupo mayoritario, seguido de un 44,7% que representa a 46 personas que no se encuentran trabajando y finalmente un 7,8% que representa a 8 personas que conforman el grupo minoritario que no encuentran afectada su capacidad para el trabajo respecto a su discapacidad.

Mapa georeferenciado de discapacidad de la parroquia urbana San Luis de Otavalo



Fuente: Autoras de la investigación

1.2. Discusión de resultados

Esta investigación se realizó en el Cantón Otavalo en la Parroquia urbana de San Luis, en una población de 2.000 familias distribuidas en 15 barrios, en donde se aplicó una encuesta estructurada puerta a puerta con la finalidad de identificar ciudadanos que tengan discapacidad.

De los datos obtenidos se determina que existen 103 personas con algún tipo de discapacidad, concentrándose en mayor porcentaje en personas comprendidas entre las edades de 51 a 60 años de edad. Los resultados obtenidos en base a la encuesta realizada respecto a los rangos de edad encontrados con discapacidad fueron 18 de ellas comprendidas entre la edad de 51 a 60 años equivalente a un 17,5% corresponden al grupo mayoritario de personas con discapacidad, concluyendo así que la edad media de personas con discapacidad en la parroquia San Luis comprende personas mayores de 51 años. En la parroquia de Malchinguí del cantón Pedro Moncayo el promedio de edad con discapacidad es de 42 años (IpiALES Espinosa, 2011, pág. 16). De acuerdo al predominio de discapacidad en relación al rango de edad muestra que la edad promedio de las personas con discapacidad está comprendida entre las edades de 75 a 84 años (Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España , 2009). Otra perspectiva propuesta por (Lugo & Seijas, 2012), indica que la prevalencia por edad aumenta conforme la población envejece, el 43,77% en los mayores de 80 años está presente la discapacidad.

En relación al género podemos apreciar que los hombres son más propensos con un 52,4% que las mujeres con 47,6% de tener algún tipo de discapacidad. En cuanto al sexo, el estudio de la Misión Manuela Espejo determinó que el 50,20% de casos corresponden a hombres, el 49,80% de personas con discapacidad corresponden al sexo femenino (PP El Verdadero, 2011).

El 57% de personas con discapacidad son indígenas siendo grupo mayoritario considerando que esta etnia es predominante en la ciudad de Otavalo, un 37% son mestizos y como grupo minoritario encontramos al grupo étnico blanco con un 6%. Otros estudios señalan que en Colombia según (Lugo & Seijas, 2012) el 6,5% de los hombres y el 6,1% de las mujeres tienen alguna discapacidad, concordando así la predominancia de discapacidad presente en el género masculino. En cambio en España según (Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España , 2009). El 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres ya que las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad. De 319 casos detectados por la brigada Manuela Espejo 166 hombres tienen algún tipo de discapacidad y 153 mujeres, por lo tanto el género no es un condicionante de discapacidad. (Ipiates Espinosa, 2011)

En lo que respecta a los servicios y beneficios de programas que ofrece el gobierno, más de la mitad de la población encuestada, señala que no reciben ningún tipo de servicio que pueda ser de ayuda a su situación de discapacidad. En lo que respecta al bono de desarrollo humano, apenas 41 personas son beneficiarios de este programa. Sin embargo es importante resaltar que apenas una persona recibe el bono Joaquín Gallegos Lara, y 0% ha recibido beneficios de los programas Misión Manuela Espejo y vivienda por discapacidad. De lo anterior se evidencia que la mayor parte de la población no recibe

ayuda de los programas de gobierno, siendo esto un factor de desventaja para las personas con discapacidad que tienen una condición económica medio baja a baja. (Guzman & Vargas, 2012) argumenta que las personas con discapacidad que han sido beneficiados por un bono de entrega de insumos básicos como es el bono de discapacidad Manuela Espejo, el mismo que recibe la persona que no alcanza el 80% de discapacidad lo que no le hace acreedora a un bono permanente como es el bono Joaquín Gallegos.

Con respecto a las alteraciones más relevantes de la discapacidad en España según el último censo realizado indica que la deficiencia más frecuente es la osteoarticular: debido a un problema en huesos y articulaciones con el 42,0% de las personas tiene discapacidad (Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España , 2009). Colombia según su distribución porcentual de la causa y el tipo de discapacidad encontradas, señala que el tipo de discapacidad más frecuente es la motriz con 44,3% y en segundo lugar la visual con 43,2% (Lugo & Seijas, 2012) . En el Ecuador en la provincia de Imbabura según (CONADIS, 2013) refiere que el tipo de discapacidad con mayor predominio a nivel motor, seguido de la deficiencia auditiva. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2013) Tras visitar 1.286.331 hogares en las 24 provincias y 221 cantones de Ecuador, localizamos a 293.743 personas con discapacidad. De ellas, alrededor del 24% del total tenían discapacidad intelectual, mientras que el resto, 76%, tenían discapacidad física o sensorial. En la investigación realizada por las autoras se refiere que los tipos de alteración más relevantes en el problema de la discapacidad, se determina que la motriz es la de mayor frecuencia, seguida de alteraciones del sistema nervioso y alteración visual en menor escala.

En cuanto al tiempo que presentan la discapacidad, el 39% de la población la tiene entre el rango de 1 a 10 años, siendo el porcentaje más significativo, el 17% la tiene entre 11 y 20 años y el 15% en un rango de 21 a 30 años, concluyendo que estos tres grupos son los de mayor incidencia de tiempo en la adquisición de discapacidad, refiriendo lo relatado fuera de las preguntas de investigación las personas censadas manifestaron que su discapacidad fue adquirida por diferentes causas y no exclusivamente desde su nacimiento. (IpiALES Espinosa, 2011) en su estudio de discapacidad en la Parroquia de Malchinguí – Ecuador, las causas de discapacidad en este sector se debe por alteraciones en los genes, prenatal o infecciones adquiridas en el embarazo contacto con sustancias tóxicas, por ende en un 70% de las personas con discapacidad en este sector son de tipo visuales, físicas, mentales, auditivas y de lenguaje.

En referencia al origen de la discapacidad, se determina que el 74% de la población objeto de estudio conoce la causa de su discapacidad, sin embargo, el 26% desconoce el origen de su discapacidad, lo cual se evidencia que la mayor parte de la población de San Luis de Otavalo conoce el origen de su discapacidad gracias a los diagnósticos aportados por los médicos que supieron brindarles la información necesaria de su discapacidad, aunque existe una parte de la población que desconoce todo lo referente a su enfermedad por el poco interés que le prestan a sus dolencias y la falta de conocimiento de los tratamientos existentes, lo que agrava aún más su patología.

Se manifestó que los factores principales que causan discapacidad son dos grupos de la clasificación propuesta como las más relevantes entre las que tenemos un 15,5% de alteraciones genéticas o hereditarias, igual que el grupo de las personas que no saben la

causa de su discapacidad, y en último lugar encontramos dos grupos con 1% por cada uno, fue por consumo de psicoactivos y enfermedades catastróficas; raras o huérfanas; menores de 14 años con VIH como porcentaje mínimo. Otros datos encontrados indican que la principal causa de discapacidad es por enfermedad con 29% y en segundo lugar al envejecimiento con 21,05% (Lugo & Seijas, 2012).

Al analizar si existe o existió algún familiar con discapacidad del grupo estudiado se pudo identificar que el mayor número de prevalencia corresponde a un 66% quienes señalan que no tuvo/tiene un familiar que presente discapacidad, mientras que 31,1% de ellos indicó que tuvieron/tienen familiar con discapacidad y finalmente 2,9% de ellos indicó que desconoce si tuvieron/tiene algún familiar con discapacidad.

Existe varias discapacidades que han provocado limitaciones en el desenvolvimiento independiente de las personas que lo ha restringido de muchas actividades por lo que requieren la ayuda permanente de otra persona, es así que el 39% de personas encuestadas requieren de ayuda para poder desarrollar sus actividades, el 61% no requieren ayuda permanente; es así como podemos notar que la mayoría puede desenvolverse por sí solos, realizando con normalidad o un pequeño grado de dificultad las actividades de la vida diaria y laboral. Sin embargo existe un grupo considerable que no puede valerse por sí mismo, siendo la población que más requiere de la ayuda de los programas que ofrece el gobierno.

Respecto a la interrogante sobre la existencia de una recuperación o no de la discapacidad, se pudo constatar que la mayor parte de ellos (91,3%) no se están recuperando, es así que, en un número sumamente considerable de casos su discapacidad

es irreversible, asociada a la falta de atención médica y de rehabilitación. A penas un 8,7% consideró que ha visto alguna mejoría atribuyendo a que recibieron una atención médica y de rehabilitación oportuna. Respecto a otros estudios realizados en Colombia en respuesta a la interrogante respecto porque no recibían ningún tipo de rehabilitación el 61,1% respondió que la era la falta de dinero; ante la pregunta de a qué atribuían la causa de la recuperación el 77,3% respondió que no se estaban recuperando (Lugo & Seijas, 2012) . Las investigadoras manifiestan que el 27,2 % de personas encuestadas no recibe rehabilitación debido a que desconoce que debía haber recibido considerado así como grupo mayoritario, mientras que el 21,4% refiere que no recibe rehabilitación por falta de dinero; Mientras que solo el 1,9 % señala que si recibe rehabilitación. Las personas encuestadas refirieron que no reciben rehabilitación por varias factores como: económico, transporte, accesibilidad a los centros médicos y de rehabilitación, ayudas técnicas (andadores, silla de ruedas, etc.) y desinterés.

Respecto a la actividad laboral se evidenció que más del 50% no trabaja debido a su discapacidad pronunciada, mientras que otras personas se han dedicado a varias actividades como el comercio, actividades agrícolas, industria, entre otras, que solo representan un porcentaje bajo; pero aun así se consideran capaces de desenvolverse independientemente. De acuerdo a (Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España , 2009) en España 41,0% recibía algún tipo de pensión, un 28,3% trabajaba y un 7,2% estaba desempleada.

Las actividades laborales suelen verse afectadas debido a la discapacidad que presentan las personas, el 47,6% señala que la discapacidad es un factor limitante en la vida laboral considerando así una población mayormente afectada. El grupo considerado crítico, debido a su discapacidad pronunciada debido a que no trabajan por su discapacidad corresponde al 44,7%. (Cazar, 2011) Director del Conadis, indica respecto al trabajo, el 18.2% de las personas con discapacidad trabajan, el 29.1% de la población desocupada no se integran al trabajo por el nivel de su discapacidad, la mujer es más discriminada para ingresar al trabajo y es más complicado el problema en el sector urbano, que en el rural. El 31% de las personas ocupadas están laborando en trabajos agrícolas, el 17% trabajan en el comercio, el resto lo hacen en actividades de servicios, industria, manufactura, servicios domésticos, actividades libres y profesionales. De las personas que trabajan, el 36.2% genera algún tipo de ingreso económico, En (Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España , 2009) indica que el 64,4% no busca o tiene empleo ya que no podía trabajar y el 24,6% creía que era difícil encontrarlo por su discapacidad.

1.3.Respuestas a las preguntas de Investigación

¿Cuál es el rango de edad, género, etnia y localización de personas que presentan discapacidad en la parroquia San Luis del Cantón Otavalo?

En la población objeto de estudio, se encontró 103 personas que presentan distintos tipos de discapacidad, presentándose en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, siendo la población mayoritaria las personas que se encuentran en el rango de 51 a 60 años, considerando esta la edad promedio debido que en el transcurso de su vida adquirieron su discapacidad por accidentes, enfermedades en su mayoría degenerativas o catastróficas, sin olvidar a las personas que adquirieron la discapacidad por factores genéticos y congénitos. En cuanto al género, la diferencia no es muy significativa, la discapacidad está presente tanto en hombres como en mujeres, concluyendo así que los dos géneros son propensos a adquirirla. La mayor incidencia está en las etnias indígenas y mestizas ya que en sector de objeto de estudio la mayoría de población que reside en este sector pertenece a las etnias antes mencionadas. Los lugares en los que se encontró mayor incidencia de discapacidad, son: la ciudadela 31 de Octubre y Punyaro, seguido por el barrio San Blas y Punyaro alto.

¿Cuál es el número de personas con discapacidad que reciben servicios y beneficios de programas gubernamentales, para determinar la calidad de vida que tienen actualmente?

De la investigación se desprende menos del 50% de personas que presentan discapacidad reciben algún tipo de ayuda por parte del gobierno, en especial lo relacionado con el Bono de Desarrollo Humano. Sin embargo existen 59 personas que no reciben ningún tipo de ayuda, debido a que no son tomados en cuenta en estos programas

los mismos que deberían realizar estudios pertinentes sobre la situación actual y socio-económica; sin importar los obstáculos que se presenten como el difícil acceso hacia las viviendas del discapacitado, entre otras ya que al excluir a estas personas no se está cumpliendo con lo establecido por la ley. Profundizando sus limitaciones, empeorando su calidad de vida y situación de pobreza.

¿Cuáles son las causas y características más relevantes de discapacidad en el grupo de personas investigadas?

Al respecto se analizan cada uno de los indicadores planteados en la investigación. En primer lugar se determina que las alteraciones más relevantes son: motriz, alteración del sistema nervioso y alteración visual. El rango de tiempo en que presentan con mayor frecuencia la discapacidad es entre 1 y 10 años, con un 74% de sujetos que conoce el origen de su discapacidad gracias a los diagnósticos oportunos y necesarios, brindados por los médicos, aunque existe una parte de la población que desconoce todo lo referente a su discapacidad considerando que la población encuestada es de etnia indígena se le atribuye a que ha creado un conjunto de mitos y creencias cerradas ante las razones que han originado su problema de salud, como también poco interés que le prestan a sus dolencias y la falta de conocimiento de los tratamientos existentes, por lo que agudiza con el tiempo su patología. La causa de la discapacidad, en porcentaje considerable se evidencia que es genética y accidentes. El 39% requiere de la ayuda permanente de otra persona debido a que no pueden realizar de manera independiente sus actividades básicas diarias. Cerca de la totalidad de la población presenta una discapacidad con características irreversibles, los encuestados señalan que no reciben tratamientos de rehabilitación, porque desconocen o por falta de dinero.

El 73% de la población no realiza ninguna actividad laboral, debido a su discapacidad, los que trabajan se ven afectados por esta problemática, a pesar de que hay programas de inclusión no se respeta n estas leyes en las que todas las personas con discapacidad tienen derechos y beneficios vigentes en el país, equiparando así sus oportunidades de un trabajo digno que logre sus máximo desarrollo y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo georeferenciar la discapacidad en el sector centro de la Parroquia urbana San Luis del cantón Otavalo?

La georeferenciación se realizó mediante un censo dirigido a la población con discapacidad en la Parroquia urbana San Luis de Otavalo, a través de una encuesta en formato digital la misma que contenía preguntas sobre identificación personal, localización y vivienda, caracterización y origen de discapacidad, educación, participación en actividades familiares, sociales y de trabajo. De esta manera se obtuvo datos de forma directa a las personas con discapacidad en la que su capacidad cognitiva se consideraba normal y de forma indirecta a los familiares o representantes de las personas que presentan discapacidad severa y condiciones cognitivas deficientes. Además del uso de un mapa de localización de la ciudad de Otavalo que permitió realizar el censo en todos los barrios de la parroquia y el uso de un GPS para registrar las coordenadas exactas de la localización de cada una de las personas registradas. Posterior al levantamiento de la información se generó una base de datos las cuales ayudaron a elaborar el mapa georeferenciado de discapacidad del sector de nuestro objeto de estudio, el mismo que servirá para proceder a las siguientes fases del proyecto de discapacidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Al finalizar este proceso de investigación enfocado a la discapacidad podemos concluir lo siguiente:

- Se determinó un número real de personas con discapacidad de la Parroquia de San Luis de Otavalo con distintos tipos de discapacidad con varios estadios, en su gran mayoría son personas de una situación económica media baja por lo cual tienen varias necesidades.
- Se concluyó que las personas con discapacidad del área urbana San Luis de Otavalo en su mayoría comprenden entre las edades de 51 a 60 años, siendo así ésta la edad media de ciudadanos con discapacidad en este sector, como también se pudo concluir que tanto hombres como mujeres son propensos a tener algún tipo de discapacidad y su etnia predominante es indígena.
- El 57% de personas con discapacidad no han recibido ayuda alguna que brinda el gobierno, concluyendo así que estas personas manifestaron que debido a sus condiciones o de su familiar necesitan la ayuda gubernamental para solventar los gastos tanto personales como médicos, como también ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida.
- Las alteraciones más relevantes en las personas con discapacidad de este sector fueron a nivel motor, del sistema nervioso, ojos y habla y oído, además el 31,1% de personas con discapacidad conviven con otro familiar en las mismas

condiciones, las cuales necesitan ayuda permanente de otra persona o familiar, responsable de la ayuda para realizar sus necesidades básicas diarias.

- Las personas no reciben rehabilitación física ya que desconocen que deben recibirla y por falta de recursos económicos, más del 50% no trabajan por su condición, la cual no le permite desarrollarse en el campo laboral debido a que existen instituciones que no brindan trabajo a las personas con discapacidad.

5.2.Recomendaciones

- Realizar actualización permanente de datos debido al aumento de natalidad y los frecuentes accidentes que se producen ya que suelen ser en algunos casos causa de la adquisición de la discapacidad.
- Los directivos de cada parroquia en conjunto con el gobierno se debería enfocar más a las necesidades de las personas que de verdad necesitan ayuda tanto económica como en infraestructura, debido a que la mayoría de las personas que se pudo censar no cuenta con un empleo y sus familiares no tienen un empleo seguro o bien remunerado.
- Como profesionales de la salud se debería impartir capacitaciones del manejo del paciente a sus cuidadores o familiares y debido a que desconoce el manejo correcto de ellos, en cuanto a la higiene postural que debe tener para así evitar con el tiempo adquirir lesiones a falta de esta información.
- La discapacidad no es significado de imposibilidad, estas personas poseen capacidad de trabajar ya que también tienen necesidades como cualquier otra persona, es por ello que debe concienciar a los empleadores que ellos deben tener acceso a un empleo digno sin discriminación alguna.

5.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acondroplasia: Es un trastorno genético que causa enanismo (estatura corta). Es un trastorno en el cual los huesos y cartílagos no crecen normalmente. Es la causa más común de enanismo.

Anemia ferropénica: La anemia se caracteriza por una disminución en la concentración de hemoglobina o en la capacidad de transportar oxígeno en la sangre

Autonomía personal: Es la capacidad o condición de desarrollar tareas de una manera independiente.

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

Citomegalovirus: El (CMV) es una infección común causada por un tipo del virus del herpes. Puede provocar inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre y fatiga

Deficiencia: Cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por déficit, pérdidas o anomalías que pueden ser permanentes o temporales y representa la exteriorización de un estado patológico que puede afectar a cualquier miembro, órgano, tejido o estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Discapacidad física: Es una deficiencia de tipo motor y/o visceral.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos

Discapacidad sensitiva: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Discapacidad: Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica.

Espectro autista: Los trastornos del TEA son un grupo de discapacidades del desarrollo que pueden causar problemas graves, y hasta crónicos, de socialización, comunicación y conducta, además procesan la información en su cerebro de manera distinta a los demás.

Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. El estándar para estas estructuras es la norma estadística para la población humana.

Factores ambientales: Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal tienen un impacto en el funcionamiento de esa persona.

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo funciones psicológicas. El cuerpo se refiere al organismo humano como un todo, esto incluye el cerebro. Por ello las funciones mentales o psicológicas están asumidas como parte de las funciones corporales.

Hipoacusia: Se define como un déficit auditivo, uni o bilateral, que se traduce en umbrales de audición mayor a 20 decibeles. Afecta a personas de todas las edades, en todos los segmentos de la población y de todos los niveles socioeconómicos.

Minusvalía: Se define como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Modelo médico-biológico: Considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

Trastorno: Alteración, disfunción de cualquier función del cuerpo o de la mente. Los trastornos pueden estar originados por traumatismos, enfermedades o por factores genéticos.

5.4.BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). INFORME DE LA REUNIÓN DE ESPECIALISTAS PARA DEFINIR PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE LA AGENDA REGIONAL SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Santiago de Chile.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). Niñas y niños con discapacidad. Nueva York, NY: UNICEF.
- Amate, A., & Vásquez, A. (2006). Discapacidad lo que todos debemos saber. Washington D.C: OPS.
- Asamblea Constituyente 2008. (2008). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. En A. C. 2008, CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008 (pág. 136). Montecristi.
- Cachimuel Gualapuro, J. R. (2013). Plan de trabajo Candidato a la Alcaldía del Cantón Otavalo. Otavalo.
- Cantore, H. (2010). Causas y Consecuencias de la Discapacidad.
- Cazar, R. (2011). BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE LAS DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR. Obtenido de BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE LAS DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR: http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm#ANTECEDENTES
- CEDIS. (28 de Febrero de 2007). INFORME DEL ECUADOR COMO ESTADO PARTE DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA CONTRA TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Obtenido de INFORME DEL ECUADOR COMO ESTADO PARTE DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA CONTRA TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.oas.org%2Fdi1%2Fesp%2FCEDDIS_doc_23-07_ecuador_esp.doc&ei=8V0cVKObOMKIsQTJsICwDw&usg=AFQjCNESwtIJYc854HVobYWmpydQ_wqJKA&sig2=-g3rIFZ48mim
- CONADIS. (2013). REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDADES.
- Díaz Ortíz, A. (3 de Marzo de 2010). Plantilla para articulos en la Revista Digital. Revista digital Inovacion y experiencias educativas, 3. Obtenido de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/ALVARO_DIAZ_2.pdf
- GESTORES AL DÍA. (2012). INFORME MUNDIAL DE LA DISCAPACIDAD. GESTORES AL DÍA.

- Gil Chang, V. (2007). Fundamentos de Medicina de Rehabilitación . En V. Gil Chang, Fundamentos de Medicina de Rehabilitación (págs. 2-4). UCR.
- GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO DE OTAVALO. (30 de noviembre de 2012). PLAN DE DESARROLLO Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL CANTÓN OTAVALO. Obtenido de PLAN DE DESARROLLO Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL CANTÓN OTAVALO: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA1/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/IMBABURA/OTAVALO/INFORMACION_GAD/03%20CANTON%20OTAVALO_PDOT/PDOT-Oavalo.pdf
- Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Otavalo. (06 de Junio de 2014). Scribd. Obtenido de Scribd: es.scribd.com/doc/228380823/Plan-de-Desarrollo-y-Ordenamiento-Territorial-Del-Canton-Otavalo
- Gobierno de Chile - Ministerio de Educación. (2007). Guía de apoyo técnico - pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Necesidades educativas asociadas a discapacidad motora, 7.
- Gobierno Municipal de Otavalo 2013. (2013). Otavalo es Otavalo. Obtenido de Otavalo es Otavalo: http://www.visitotavalo.com/?page_id=10
- Guzman, R., & Vargas, C. (marzo de 2012). Desarrollo psicosocial de las personas con discapacidad de 15 años y más, en relación con la calidad de vida en el Barrio los Tanques, parroquia Veintimilla, ciudad de Guaranda provincial Bolívar de Marzo a Julio 2012. Obtenido de <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/>: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1414/1/Desarrollo%20psicosocial%20.pdf>
- INEC ECUADOR . (2010). Población por condición de Discapacidad, según provincia canton parroquia y area de empadronamiento. QUITO: UNIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA DIRECCIÓN DE ESTUDIOS ANALÍTICOS ESTADÍSTICOS (DESAE) - INEC.
- Instituto Nacional de Estadística - Gobierno de España . (2009). Panorámica de la discapacidad en España. Cifras INE Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística, 12.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística. Aguas Calientes: INEGI.
- Ipiates Espinosa, N. (noviembre de 2011). <http://www.dspace.ups.edu.ec/>. Obtenido de <http://www.dspace.ups.edu.ec/>: <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2933/1/UPS-QT00073.pdf.pdf>
- Lugo, L. H., & Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: una mirada global . Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación .

- Mision Solidaria Manuela Espejo. (20 de Febrero de 2012). Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo. Obtenido de Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo: <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-solidaria-manuela-espejo.html>
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD. Malta: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO.
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: SINCA.
- PP El Verdadero. (20 de Noviembre de 2011). Misión Manuela Espejo llega a más sectores.
- Querejeta González, M. (2004). DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA. Madrid: IMSERSO.
- Ríos Hernández, M. (2005). Manual de educación física adaptada al alumno con discapacidad. Barcelona: Paidotribo.
- Rodríguez, L., Ribes Antuña, M., Clavijo Gamero, R., Fernández González, C., González Halcones, M. A., & Patiño Alite, M. J. (2005). Educador/a de Minusvalías y Monitor/a de Centro Ocupacional y Residencial del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava. Madrid: Mad, S.L.
- Rosell, C., Camats, E. S., & Basil, C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Barcelona: GRAÓ, de IRIF, S.I.
- Samaniego de García, P. (2006). Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. Madrid: CERMI.
- Samaniego Santillán, P. (2005). Breve análisis situacional del Acceso a Servicios Educativos de Jóvenes con Discapacidad en el Ecuador. Quito: RISPERGRAF C.A.
- Schobert Lizárraga, L. (2004). Políticas públicas y discapacidad en la Unión Europea. INAP.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo . (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. Quito.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. En S. 2013, Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017 (pág. 126). Quito: Semplades.
- UIPC-IMSRSO. (s.f.). UNIDAD 2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD. Obtenido de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

Wiereszen, N. (s.f.). La Discapacidad en America Latina.

LINCOGRAFÍA

- CEDIS. (28 de Febrero de 2007). INFORME DEL ECUADOR C OMO ESTADO PARTE DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA CONTRA TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Obtenido de INFORME DEL ECUADOR C OMO ESTADO PARTE DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA CONTRA TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.oas.org%2Fdi1%2Fesp%2FCEDDIS_doc_23-07_ecuador_esp.doc&ei=8V0cVKObOMKIsQTJsICwDw&usg=AFQjCNESwtIJYc854HVobYWmpydQ_wqJKA&sig2=-g3rIFZ48mim
- Díaz Ortíz, A. (3 de Marzo de 2010). Plantilla para articulos en la Revista Digital. Revista digital Inovacion y experiencias educativas, 3. Obtenido de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/ALVARO_DIAZ_2.pdf
- Gobierno Municipal de Otavalo 2013. (2013). Otavalo es Otavalo. Obtenido de Otavalo es Otavalo: http://www.visitotavalo.com/?page_id=10
- Mision Solidaria Manuela Espejo. (20 de Febrero de 2012). Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo. Obtenido de Discapacidad Ecuador Misión solidaria Manuela Espejo: <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-solidaria-manuela-espejo.html>
- UIPC-IMSRSO. (s.f.). UNIDAD 2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD. Obtenido de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA APLICADA

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FORMULARIO DE DISCAPACIDAD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FORMULARIO DE DISCAPACIDAD E1.02
PROYECTO DE TERAPIA FÍSICA**

Coordenada x

Coordenada Y

Altura

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1. Nombre de la persona encuestada
2. Nacionalidad
3. Fecha de nacimiento de la persona encuestada
4. **Género**
 - Masculino
 - Femenino
5. Número de cedula escribir "no tiene" si no tiene número de cedula
6. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones, se considera:
 - Blanco
 - Mestizo
 - Indígena
 - Afroamericano
 - Otros
7. Número del carnet del CONADIS escribir "no tiene" si no tiene Carnet
8. Número de personas a cargo menores de 14 años:
9. Número de personas a cargo mayores de 65 años:

LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

10. Cantón donde se encuentra la vivienda
11. Parroquia donde se encuentra la vivienda
12. Área donde se encuentra la vivienda
 - Urbana
 - Rural
13. Dirección donde se encuentra la vivienda

14. Número de Teléfono escribir "no tiene" si no tiene teléfono
15. Nombre del barrio o comunidad donde se encuentra la vivienda
16. La vivienda cuenta con servicios de
- Energía Eléctrica
 - Alcantarillado
 - Teléfono
 - Recolección de basura
 - Agua potable
17. Para la preparación de alimentos ¿utiliza agua potable?
- Si
 - No
18. Actualmente vive en:
- | | |
|---------------------|-----------------------|
| Casa | Institución privada |
| Apartamento | Calle |
| Cuarto | Otro tipo de vivienda |
| Institución publica | |
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

CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE DISCAPACIDAD

20. Recibe algún servicio del Gobierno
- Si
 - No
21. Es beneficiario de programas de:
- Bono de desarrollo humano Si No
 - Misión Manuela Espejo Si No
 - Bono Joaquín Gallegos Si No
 - Vivienda por discapacidad Si No

22. ¿De equipamiento de vivienda? si es beneficiario de Vivienda por discapacidad

Si No

No es beneficiario de vivienda por discapacidad

23. Por su condición de salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:

1. El sistema nervioso Si No

2. Los ojos Si No

3. Los oídos Si No

4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) Si No

5. La voz y el habla Si No

6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas Si No

7. La digestión, el metabolismo, las hormonas Si No

8. El sistema genital y reproductivo Si No

9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas Si No

10. La piel Si No

11. Otra enfermedad Si No

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 Si No

Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
Si No

Oír, aun con aparatos especiales Si No

Distinguir sabores u olores Si No

Hablar y comunicarse Si No

Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón Si
No

Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos Si No

Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos Si No

Caminar, correr, saltar Si No

Mantener piel, uñas y cabellos sanos Si No

Relacionarse con las demás personas y el entorno Si No

Llevar, mover, utilizar objetos con las manos Si No

Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo Si No

Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo Si No

Otra Si No

27. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?

Familiares Si No

Amigos, compañeros Vivienda por discapacidad Si No

Vecinos Vivienda por discapacidad Si No

Funcionarios, empleados Vivienda por discapacidad Si No

Otras personas Vivienda por discapacidad Si No

28. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?

Dormitorio Si No

Sala - comedor Si No

Baño - sanitario Si No

Escaleras Si No

Pasillos - patios Si No

Andenes, aceras Si No

Calles, vías Si No

Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias Si No

Paraderos, terminales de transporte Si No

Vehículos de transporte público Si No

Centros educativos Si No

Lugares de trabajo Si No

Centros de salud, hospitales Si No

Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado Si No

Instituciones públicas Si No

Otros Si No

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 Si No Radio Si No Televisión Si No

Teléfono Si No Internet Si No Ninguno Si No

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 | Otro desastre natural |
| Inundación | No es por Desastres naturales |
| Deslizamiento | |

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? Poner "no sabe" si no conoce el país donde la adquirió

43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad? Poner "no sabe" si no conoce la provincia donde la adquirió

44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad? Poner "no sabe" si no conoce la ciudad donde la adquirió

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 Si	No	
Fisioterapia Si	No	Fonoaudiología Si	No
Terapia ocupacional Si	No	Optometría Si	No
Psicología Si	No	Trabajo social Si	No
Medicamentos permanentes Si	No		
Otro tipo de rehabilitación Si	No		

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 donde se hizo tratar

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

EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más

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 Si No

Tecnológicos Si No

Terapéuticos Si No

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 Si No

Básica Si No

Bachillerato Si No

Superior Si No

Postgrado Si No

72. ¿Hace cuántos años? Dejo 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

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS: para personas de 10 años y más

75. Participa en actividades:

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

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

TRABAJO

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

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 us	100-350usd	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	

DATOS DEL ENCUESTADOR

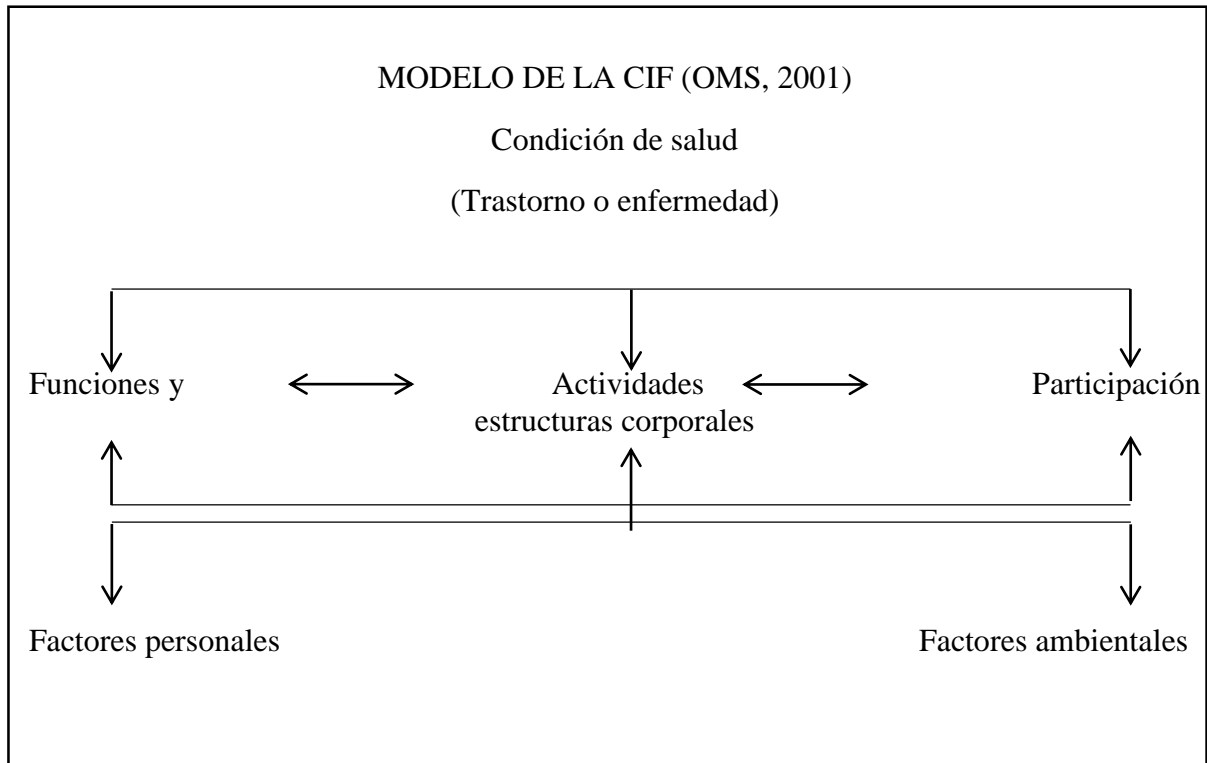
89. Nombre del encuestador

90. Fecha que se realiza la encuesta

91. Sector OTAVALO 1

Tablas

ANEXO 2. Modelo de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (C.I.F.)



Fuente: (Gil Chang, 2007)

ANEXO 3: Grados de la Discapacidad Intelectual

LEVE (ligero)	MODERADO (medio)	GRAVE (severo)	PROFUNDO
COCIENTE INTELECTUAL			
El cociente intelectual oscila entre 50-55 y 70.	El cociente intelectual oscila entre 35-40 y 50-55.	El cociente intelectual oscila entre 20-25 y 35-40.	El cociente intelectual es inferior a 20 - 25.
LENGUAJE ORAL			
Lo adquieren más tarde que el resto de los niños, pero consiguen la capacidad de expresarse y de mantener una conversación.	Capacidad limitada para el uso del lenguaje expresivo y comprensivo. Aprenden a hablar tardíamente y con notables dificultades.	Tienen graves dificultades para el uso del lenguaje comprensivo y expresivo. Emplean un lenguaje muy limitado.	Está limitado al empleo de formas simples de comunicación no verbal. Tienen dificultades para comprender órdenes sencillas.
AUTONOMÍA PERSONAL			
Logran una adecuada autonomía personal en la locomoción e independencia de movimientos, en la alimentación, en el aseo personal, en el vestido y en el control de esfínteres.	Tienen limitaciones para lograr pautas de cuidado personal, aseo, vestido y alimentación. Por lo general necesitan ayuda para el desempeño de estas actividades. Suelen alcanzar un cierto grado de autonomía motriz.	No consiguen autonomía en locomoción, independencia de movimientos, comida, aseo personal ni vestido.	Sus dificultades motoras graves les impiden la autonomía personal mínima. En todos los casos necesitan cuidados y atención a lo largo de toda la vida.
ACTIVIDADES ESCOLARES			
Suelen presentar importantes	Necesitan adaptaciones muy	Suelen presentar graves limitaciones	Sus graves limitaciones en

problemas y dificultades en los aprendizajes escolares; no obstante, con apoyo adecuado y adaptación de programas escolares, la mayoría consigue avances notables en lectura y escritura.	significativas de los programas escolares, precisan ayuda y supervisión constantes.	en aprendizajes escolares. Es recomendable educación especial.	todos los ámbitos del desarrollo precisan una intervención escolar orientada al desarrollo e implantación de hábitos y destrezas.
---	---	---	---

ADAPTACIÓN A LA VIDA SOCIAL Y LABORAL

En la vida adulta suelen presentar dificultades emocionales, sociales y laborales. Con una adecuada capacitación laboral, entrenamiento oportuno y apoyo, logran desempeñar multitud de tareas.	Suelen adaptarse a tareas laborales rutinarias de escasa dificultad, necesitan ayuda y supervisión continuas. Sus hábitos y relaciones presentan dificultades, estando condicionadas por sus limitaciones.	En la vida adulta logran una reducida autonomía social, precisan en todos los casos ayuda constante y difícilmente alcanzan una vida independiente.	Por las múltiples limitaciones descritas, no consiguen ningún grado de integración laboral y no desarrollan repertorios de conductas que puedan ejecutar sin tutela.
---	---	---	--

Fuente: (Samaniego Santillán, 2005)

ANEXO 4: Tipos y grados de la discapacidad relacionados con la actividad

Tipo – grado	Motriz	Mental	Sensorial	
			Visual	Auditiva
Leve	Realiza sus actividades de la vida diaria con dificultad o lentitud. Es de cualquier forma independiente.	Puede adquirir habilidades prácticas, aptitudes aritméticas y de lectura funcionales si recibe la educación especial; y puede orientarse hacia la integración social. Manifiesta un C.I. de 50 a 70.	Realiza tareas visuales de detalle, con ayuda de corrección óptica, adaptaciones o ayudas adicionales como la iluminación o magnificaciones (lupas, telescopios, circuito cerrado, etc.) Su rango de agudeza visual con su corrección es de 20/80 - 20/400	Establece comunicación por sí sólo, ya sea por lenguaje de señas o lectura de señas o lectura de labios. Pérdida auditiva de 20 a 40 decibeles.
Moderada	Realiza sus actividades de la vida diaria con apoyo o ayuda de una órtesis, prótesis o ayuda funcional.	Puede aprender pautas simples de comunicación, hábitos elementales de salud, seguridad y habilidades anuales sencillas, pero no progresa en	Realiza tareas visuales de poco detalle sólo con ayuda de corrección óptica de gran poder, de un lazarillo o de alguna persona que lo conduzca. Su rango de	Establece comunicación sólo a través de la ayuda de un apoyo auditivo o un intérprete. Pérdida auditiva de 40 a 70 decibeles.

		la lectura funcional ni en la aritmética. Manifiesta un C.I. de 35 a 49	agudeza visual con su corrección óptica es de 20/400 - 20/800.	
Grave	Es dependiente total o de custodia.	Puede responder a un adiestramiento de habilidades en la utilización de piernas, manos y mandíbulas. Manifiesta un C.I. de 34 o menos.	Sólo puede ver bultos o sombras y percibir luz o carece de la visión. Es dependiente total en tareas visuales. Su rango de agudeza visual es de 20/800 a percepción de luz. Ciego es aquella persona que no percibe luz.	No se comunica. Pérdida auditiva de más de 70 decibeles.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001, pág. 4)

ANEXO 5. Prevalencia de la discapacidad por país

País	Total de personas discapacitadas	Porcentaje
Argentina	2.217.500	6,80
Bolivia	741.382	9,26
Brasil	10.000.000	6,00
Chile	958.500	6,39
Colombia	4.992.000	12,00
Costa Rica	373.480	9,32
Ecuador	1.636.800	13,20
Guatemala	1.887.000	17,00
Honduras	7000	14,00
México	1.000.000	10,00
Nicaragua	593.880	12,12
Perú	7.882.560	31,28
Uruguay	495.000	15,00
Venezuela	2.370.000	10,00

Fuente: (Amate & Vásquez , 2006, pág. 12)

ANEXO 6. Principales causas de la discapacidad en América Latina

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

Fuente: (Amate & Vásquez , 2006, pág. 13)

ANEXO 7: RANGO DE EDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Rango	Total personas	Porcentaje
0-10	10	9,7
11-20 años	9	8,7
21-30 años	14	13,6
31-40 años	8	7,8
41-50 años	7	6,8
51-60 años	18	17,5
61-70 años	16	15,5
71-80 años	16	15,5
81-90 años	3	2,9
91-100 años	2	1,9
	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ÁREA URBANA SAN LUIS DE OTAVALO SEGÚN EL GÉNERO.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	47,6
Masculino	54	52,4
Total	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 9: RANGO DE EDAD CON MAYOR DISCAPACIDAD EN RELACIÓN AL GÉNERO

Rango	Femenino	Masculino	Porcentaje
0-10	4	6	9,7
11-20 años	5	4	8,7
21-30 años	6	8	13,6
31-40 años	4	4	7,8
41-50 años	2	5	6,8
51-60 años	9	9	17,5
61-70 años	9	7	15,5
71-80 años	8	8	15,5
81-90 años	1	2	2,9
91-100 años	1	1	1,9
	49	54	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 10: CLASIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN LA ETNIA

ETNIA	INDÍGENA	MESTIZO	BLANCO	TOTAL
Total	59	38	6	103

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 11: NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN ALGÚN SERVICIO DEL GOBIERNO

Servicios del Gobierno	Frecuencia	Porcentaje
No	59	57,3
Si	44	42,7
Total	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 12: CLASIFICACIÓN DE ALTERACIONES PERMANENTES QUE MAS AFECTA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Alteraciones permanentes	Frecuencia	Porcentaje
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	35	34,0
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1	1,0
El sistema nervioso	19	18,4
La piel	1	1,0
La voz y el habla	13	12,6
Los órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	1	1,0
Los oídos	11	10,7
Los ojos	15	14,6
Otra	1	1,0
Otra enfermedad	6	5,8
Total	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 13: TIEMPO QUE PRESENTA LA DISCAPACIDAD

Rango	Frecuencia	Porcentaje
1-10 años	40	38,8
11-20 años	17	16,5
21-30 años	15	14,6
31-40 años	7	6,8
41-50 años	9	8,7
51-60 años	8	7,8
61-70 años	2	1,9
71-80 años	4	3,9
81-90 años	1	1,0
Total	103	100,0

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 14: CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LA CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD

Consecuencia de la discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Accidente	14	13,6
Alteración genética, hereditaria	16	15,5
Complicaciones en el parto	8	7,8
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	3	2,9
Consumo de psicoactivos	1	1,0
Dificultades en la prestación de servicios de salud	3	2,9
Enfermedad general	15	14,6
Enfermedad profesional	3	2,9
Enfermedades catastróficas; raras o huérfanas; menores de 14 años con VIH	1	1,0
Lesión autoinfligida	2	1,9
No sabe	16	15,5
Otras	15	14,6
Víctima de violencia	6	5,8
Total	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

ANEXO 15: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN O TUVIERON ALGÚN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD

Familiar con discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
No	68	66,0
No sabe	3	2,9
SI	32	31,1
Total	103	100

Autor: Vanessa Andino, Johanna Enríquez.

Fuente: Encuesta realizada a la población de la parroquia San Luis de Otavalo, marzo-abril 2014

GRÁFICOS Y FOTOS

ANEXO 16. Datos de la discapacidad a nivel mundial según la OPS

Fuente: Informe mundial sobre la discapacidad:

Más salud para las personas con discapacidad



Más de **1 BILLÓN** de personas en todo el mundo viven con alguna forma de discapacidad



1 de cada **7** personas

Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades generales de atención de la salud que las demás

Pero tienen:

2x de probabilidades de que el común de las personas de hallar que las aptitudes de los profesionales de la salud y las condiciones de los centros de atención son **inadecuadas**

3x de probabilidades de que se les **niegue** la atención de la salud

4x de probabilidades de que las **traten mal** en el sistema de salud



1/2 de las personas con discapacidad no pueden costearse la atención de la salud

Tienen un **50%** más de probabilidades de tener gastos de salud catastróficos



Estos gastos de salud pueden empujar a una familia a la pobreza

La **rehabilitación** y los **dispositivos asistenciales** pueden hacer que las personas con discapacidad sean **independientes**

70 MIL de personas necesitan una silla de ruedas, pero solo entre el **5 y 15%** de ellas tienen acceso a una.



360 MIL

de personas en todo el mundo padecen una pérdida auditiva de moderada a profunda.

Sin embargo, la producción de audífonos solo satisface el:

10% de la necesidad mundial **3%** de la necesidad de los países en desarrollo

Poner todos los servicios de atención de la salud al alcance de las personas con discapacidad es **posible** y reducirá **inequidades inaceptables** en materia de salud

Eliminar obstáculos físicos a los centros, la información y el equipamiento de salud

Hacer más asequible la atención de la salud

Capacitar a todos los trabajadores de la salud sobre la discapacidad y los derechos relacionados

Invertir en servicios específicos, como la rehabilitación

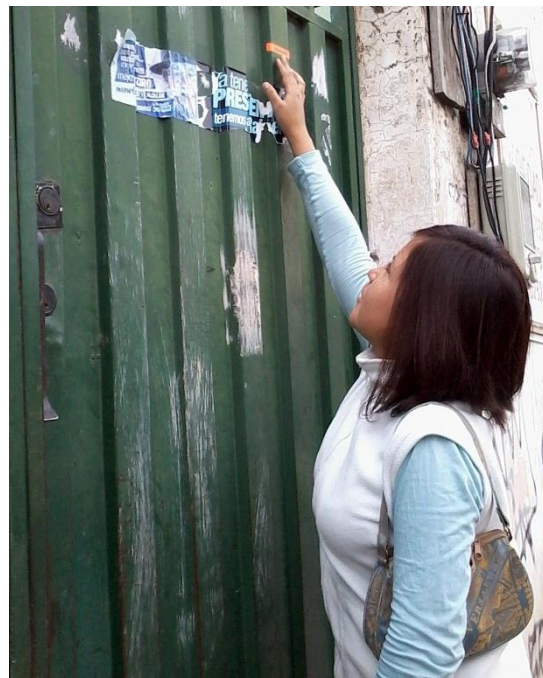
www.who.int/disabilities/world_report

ANEXO 17. Recolección de información.



Fuente: Autoras de la investigación

ANEXO 18. Aplicación del censo



Fuente: Autoras de la investigación



Fuente: Autoras de la investigación



Fuente: Autoras de la investigación

