



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

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

TEMA:

**DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN
LAS COMUNIDADES DE MARISCAL SUCRE, SAN AGUSTÍN DE
CAJAS, EUGENIO ESPEJO DE CAJAS Y PIJAL BAJO DE LA
PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ DEL CANTÓN OTAVALO
PROVINCIA DE IMBABURA, PERÍODO MARZO - JULIO 2014.**

AUTORAS:

Giovana Karina Jácome Jácome
Diana Estefania Villarreal Córdova.

DIRECTORA DE TESIS:

Lcda. Verónica Potosí

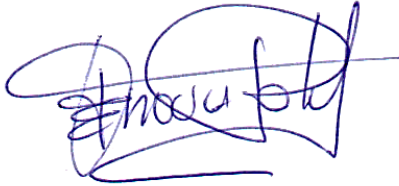
IBARRA 2014

APROBACIÓN DE LA TUTORA.

Yo, Lcda. Verónica Potosí en calidad de tutora de la tesis titulada: DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE MARISCAL SUCRE, SAN AGUSTÍN DE CAJAS, EUGENIO ESPEJO DE CAJAS Y PIJAL BAJO DE LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO MARZO - JULIO 2014, de autoría de Karina Jácome y Diana Villarreal. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 08 días del mes de Enero de 2015.

Atentamente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Veronica Potosi', written in a cursive style.

Lcda. Verónica Potosí.
C.I. 1715821813



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100382248-1
APELLIDOS Y NOMBRES:	JÁCOME JÁCOME GIOVANA KARINA
DIRECCIÓN:	ATUNTAQUI. CALLE SUCRE Y 2 DE MARZO
EMAIL:	karina9003@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	062907576 0939256453

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100298004-1
APELLIDOS Y NOMBRES:	VILLARREAL CÓRDOVA DIANA ESTEFANIA
DIRECCIÓN:	LA VICTORIA. ROSA ANDRADE DE LARREA 5 - 36 Y CARLOS BARAHONA
EMAIL:	estefi.1988@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	062615-275 0984842233

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE MARISCAL SUCRE, SAN AGUSTÍN DE CAJAS, EUGENIO ESPEJO DE CAJAS Y PIJAL BAJO DE LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA PERÍODO MARZO - JULIO 2014
AUTORAS:	Jácome, Karina: Villarreal, Diana
FECHA:	2015/01/08

TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	Lcda. Verónica Potosí

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, Giovana Karina Jácome Jácome con cédula Nro. 100382248-1, y yo Diana Estefania Villarreal Córdova con cédula Nro. 100298004-1 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

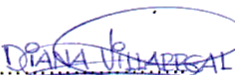
3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.


Ibarra, a los 08 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

FIRMA: 
Nombre: Karina Jácome
C.I 100382248-1

FIRMA: 
Nombre: Diana Villarreal
C.I 100298004-1

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE FE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

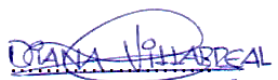
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Giovana Karina Jácome Jácome con cédula Nro. 100382248-1, y yo Diana Estefania Villarreal Córdova con cédula Nro. 100298004-1, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: **DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LAS COMUNIDADES DE MARISCAL SUCRE, SAN AGUSTÍN DE CAJAS, EUGENIO ESPEJO DE CAJAS Y PIJAL BAJO DE LA PARROQUIA GONZÁLEZ SUÁREZ DEL CANTÓN OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA PERÍODO MARZO – JULIO 2014**; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a 08 días del mes de Enero de 2015

LAS AUTORAS:

FIRMA:
Nombre: Karina Jácome
C.I 100382248-1

FIRMA: 
Nombre: Diana Villarreal
C.I 100298004-1

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos difíciles.

A mi padre por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mis hermanos por ser grandes amigos para mí, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables y son una gran bendición en mi vida.

A mi novio Cristian, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional ***Karina***

Para mi querida madre

Quien impulsada por su incondicional amor, se ha convertido en el principal soporte en la conquista de esta anhelada meta. Para ti, que jamás escatimaste esfuerzos, que siempre luchaste a mi lado, para ti, cómplice de mis objetivos alcanzados.

Recuerda que en mi futuro aún esperan metas. Sí, aquellas que deseo superarlas con el espejo que refleje tu ejemplo. Porque tú, como pocas, has sabido superar todas las barreras. Todas. Por pequeñas o grandes que estas fueran.

Por ello y por infinitos detalles más, de la manera más humilde quiero dedicártelo a ti, mamá. ***Diana***

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte, que me brindó la oportunidad de prepararme para la vida profesional y personal.

A todas las personas que forman parte del Macroproyecto de discapacidad, por permitirme ser parte de este gran proyecto para poder culminar con mi tesis.

A mi tutora de tesis Lic. Verónica Potosí, por su colaboración, confianza y sugerencias en el desarrollo de la tesis, también agradeciendo a todos los docentes que formaron parte de cada aprendizaje y logro académico. A mis compañeros de curso por poder compartir momentos inolvidables, y poder crecer juntos como personas y profesional. Y en especial a mi compañera de tesis, Diana Villarreal por ser mi amiga, compañera y por poder culminar este objetivo juntas.

Karina

Infinitos agradecimientos a la Universidad Técnica del Norte y a todos aquellos elementos que de esta forman parte.

A mi asesora y a todos mis maestros, quienes con su constante motivación, confianza y anhelo de hacer de sus alumnos siempre mejores, han permitido descubrir el inmenso valor del conocimiento y su aplicación en el bello mundo del profesionalismo.

Diana

RESUMEN

El presente Diagnóstico Georreferenciado de la discapacidad se identifica en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez del cantón Otavalo provincia de Imbabura durante el periodo marzo – julio 2014, se buscó como objetivo principal localizar a las personas con discapacidad, identificar las características sociodemográficas, tratamientos, y barreras que encuentran las personas con discapacidad. Es un estudio descriptivo, explicativo, correlacional y exploratorio de corte transversal, investigación aplicada y de acción; además se utilizó un método cualitativo. Se trabajó con 60 personas encontradas en las comunidades en estudio; se utilizó una encuesta 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” que fue validada por expertos de la Universidad Técnica del Norte. Se identificó una prevalencia mayoritaria de discapacidad física, problemas del sistema nervioso, discapacidad auditiva y discapacidad visual, encontrándose similitud a los datos actuales que maneja el CONADIS. Se halló mayor prevalencia de discapacidad en el Barrio Central, seguido de Bellavista y del Barrio La Costa. Y dentro de las discapacidades la de mayor prevalencia fue la física en el 75%, discapacidad auditiva 11,67%, discapacidad visual 8,33% y discapacidad de lenguaje el 5%. Al relacionar la discapacidad con el género se encontró que los hombres son quienes conforman la mayor prevalencia de discapacitados en estas comunidades, y la diferencia se la da con 20 puntos porcentuales sobre las mujeres, situación que se corroboró con la información del CONADIS. Se halló una alta tasa de desempleo y de subempleo, además de limitaciones en las determinantes sociales, económicas y de salud, fundamentadas en el bajo ingreso mensual que perciben, la clara zona de pobreza, el bajo índice de escolaridad, la falta de información por parte de los dirigentes de las comunidades referente a los programas que brinda el gobierno.

Palabras clave: diagnóstico, discapacidad, prevalencia, género.

ABSTRACT

This Georeferenced diagnosis of disability is identified in the Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas and the Pijal communities of the Gonzales Suarez Otavalo Region pertaining to the Imbabura Province. The study took place from March to July 2014. The main objective was to locate people with disabilities by identifying socio-demographic characteristics, treatments and obstacles that people with disabilities deal with. It is a descriptive, explanatory, exploratory, correlational and cross-sectional study, research and action were applied, and a qualitative method was also used. We found sixty individuals in these communities. We used a survey mechanism named: "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" that was approved by experts from the Universidad Técnica Del Norte. A majority prevalence of physical nervous system problems, hearing and visual impairment was identified, similar to the current CONADIS data. Higher prevalence of disability was found in the Central District, followed by Bellavista and La Costa neighborhoods. Within the disabilities diagnosed the most prevalent was physical with a 75% average. At 11.67% was the hearing impairment and finally the visually impaired at 8.33%. Language disability was at 5%. When co-relating disability with gender, it was discovered that men make the highest prevalence of disabilities in these communities and that makes a difference of 20 points over women, corroborated with CONADIS information. High underemployment rates were present in addition to social, economic and health limitations founded on low income earned, the noticeable poverty, low school attendance, and lack of information given by community leaders related with social programs offered by the government.

Keywords: diagnosis, disability, prevalence, gender.

CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	viii
LISTA DE TABLAS	xii
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2Objetivos Específicos.....	7
1.4 Preguntas de investigación	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1Teoría Existente (Marco conceptual)	9
2.1.1 Historia de la discapacidad	9
2.1.2 Conceptos de Discapacidad	11
2.1.3 Tipos de Discapacidad.....	12
2.1.4 Grados de Discapacidad.....	18
2.1.5 Causas de Discapacidad	20
2.1.6 Epidemiología	22
2.1.7 Modelos de Discapacidad Física	24

2.1.8 Inclusión Social de Discapacidad.....	25
2.2 Parroquia González Suárez. (Marco contextual)	29
2.2.1 Ubicación geográfica	29
2.2.2 Dinámica poblacional:.....	30
2.3 Marco Legal	32
2.3.1 Legislación ecuatoriana	32
CAPÍTULO III.....	41
METODOLOGÍA	41
3.1 Tipo de estudio	41
3.2 Diseño de estudio:	42
3.3 Localización	42
3.4 Población y Muestra.....	43
3.4.1 Población	43
3.4.2 Muestra	44
3.5 Ubicación geográfica	45
3.6 Identificación de variables.....	46
3.6.1 Operacionalización de variables.	47
3.7 Equipos e instrumentos	49
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección y procedimientos de la información	49
3.9 Procesamiento de datos:	50
3.10 Validación	50
CAPÍTULO IV.....	53
RESULTADOS.....	53
4.1 Análisis e interpretación.....	53
4.2 Discusión de resultados.....	75
4.3 Respuestas a las preguntas de investigación	80
4.4 Conclusiones.....	82
4.5 Recomendaciones	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85

ANEXOS.....	94
ANEXO 1. Encuesta aplicada a la muestra de personas con discapacidad.....	95
ANEXO 2. CERTIFICACIONES.....	100
ANEXO 3. RESUMEN CERTIFICADO POR EL CAI	101
ANEXO 4 GPS.....	102
ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS	104
ANEXO 6. GUÍA DE OBSERVACIÓN	114
ANEXO 7. FOTOS RELATORIAS	115
ANEXO 8. MAPA DE GONZÁLEZ SUÁREZ.....	119

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas	104
Tabla 2. Disponibilidad de servicios básicos.....	105
Tabla 3. Datos socioeconómicos y situación laboral.....	106
Tabla 4 Etiología de la discapacidad	107
Tabla 5 Tipos de discapacidad	108
Tabla 6 Discapacidad según género.....	108
Tabla 7 Situaciones en las que se ven más afectadas las personas con discapacidad	108
Tabla 8 Actividades más afectadas según discapacidad.....	109
Tabla 9 Lugares donde encuentran problemas las personas con discapacidad.....	109
Tabla 10 Barreras encontradas según discapacidad	110
Tabla 11. Diagnóstico, tratamiento	110
Tabla 12 Discapacidad y georreferenciación	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Rango de edad de las personas discapacitadas	53
Gráfico 2 Género de las personas con discapacidad.....	55
Gráfico 3 Autopercepción de etnia.....	56
Gráfico 4 Escolaridad.....	57
Gráfico 5 Disponibilidad de servicios básicos (Ver anexos. Tabla 2).....	58
Gráfico 6 Ingreso mensual (Ver Anexos Tabla 3)	59
Gráfico 7 Actividad laboral a la que se dedica (Ver Anexos Tabla 3)	60
Gráfico 8 Ayuda del gobierno (Ver Anexos Tabla 3).....	61
Gráfico 9 Etiología de la discapacidad (Ver Anexo Tabla 4).....	62
Gráfico 10 Tipos de discapacidad (Ver Anexo Tabla 5).....	63
Gráfico 11 Tipo de discapacidad según género (Ver anexo tabla 6)	64
Gráfico 12 Actividad que se ve más afectada (Ver Anexo Tabla 7)	65
Gráfico 13 Actividades más afectadas según Discapacidad (ver Anexo Tabla 8).....	66
Gráfico 14 Autopercepción sobre barreras que encuentran las personas con discapacidad (Ver Anexo Tabla 9).....	67
Gráfico 15 Barreras encontradas según Discapacidad (ver Anexo Tabla 10).....	68
Gráfico 16 Diagnóstico y recuperación	69
Gráfico 17 Tratamientos realizados	70
Gráfico 18 Rehabilitación	71
Gráfico 19 Motivos para no hacer rehabilitación	72
Gráfico 20 Discapacidad y georreferenciación (Ver Anexo Tabla 12).....	73
Gráfico 21 Mapa y georreferenciación	74

LISTA DE CUADROS

Cuadro 2 Distribución de Discapacidad por Provincia	23
Cuadro 3 Parroquias de Otavalo.....	30
Cuadro 4 Población de Gonzáles Suárez	31
Cuadro 5 Población	44

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La Parroquia Gonzáles Suárez del Cantón Otavalo, se encuentra ubicada en la Cuenca del Lago San Pablo- Imbakucha, a 14 km de la ciudad de Otavalo y al sur del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura. Su población según el censo del 2010 es de 5.630 habitantes, pero acorde con datos proporcionados por las comunidades es de 6.810 habitantes. Según el V Censo de Población y Vivienda del 2010, la población de la Provincia de Imbabura es de 400.359 habitantes y del cantón constituye 104.874 habitantes, lo cual representa 21.26%, mientras que la población de la parroquia de González Suárez corresponde al 1,41 % de la población provincial y al 5,36% del cantón. Considerando como primer punto la gran dinámica poblacional de la zona es importante conocer cómo se encuentran en el área de la salud.

La Comunidad de Pijal tiene el mayor número de habitantes que representan el 26,43% de la población total parroquial (según datos proporcionados en los diagnósticos comunitarios), seguida por Caluquí con el 19,82%, Mariscal Sucre y San Agustín de Cajas con el 13,21% respectivamente, mientras que González Suárez que es la cabecera parroquial representa el 8,81% de la población parroquial; y las comunidades de Eugenio Espejo de Cajas con el 8,07%, Gualacata con el 6,38% e Inty Huaycopungo 4,03% que son las de menor población.

En la estructura poblacional de González Suárez, según los grupos étnicos o nacionalidades determina que el 72,16% (4.178 habitantes) de la población de la parroquia pertenecen al pueblo Kichwa Kayambi y kichwa Otavalo, seguido por el 26,05% (1.386 habitantes) de población mestiza, el 1,24% (66 habitantes) son extranjeros que viven en la parroquia considerados como población blanca; mientras que el grupo de población afro ecuatoriana el 0,54% (29 habitantes). (Gobierno Descentralizado de Gonzales Suárez, 2012).

El CONADIS, que es el órgano regulador de las personas con discapacidad, lleva registro de las personas afiliadas, y según su base de datos, Otavalo hasta mayo de 2013 se registra como el segundo cantón con mayor prevalencia de discapacidad dentro de la provincia de Imbabura y la discapacidad que con mayor prevalencia se presenta es la física, seguida de la auditiva y de la intelectual. Sin embargo la cobertura aún sigue siendo baja, debido a la escasa información sobre la Institución, la escasa cobertura de servicios de salud, la ausencia de seguimiento a la población con discapacidad.

Al contar con un estudio georreferenciado de discapacidad, permitirá enfocar la problemática actual de la discapacidad en la parroquia González Suárez, considerando que el Gobierno, El Ministerio de Salud Pública maneja estadísticas basadas en la información existente, sin considerar que existe un gran número de personas que no acceden a ningún tipo de atención y que no constan en la base de datos de Proyectos que tuvieron ejecución en el país como la Campaña Manuela Espejo.

El resultado de este estudio será una línea base que permitirá trabajar integralmente con campañas o con nuevos proyectos que el gobierno en base a lo obtenido deberá desarrollar en vista de la mejora de la calidad de vida y de salud de las personas que se hallaron en la investigación.

1.2 Formulación del problema

Diagnóstico de información Georreferenciado de la Discapacidad, en las Comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura período Marzo – Julio 2014.

1.3 Justificación

Si consideramos a la discapacidad como: “una restricción o impedimento en la capacidad de realizar una actividad, bajo el parámetro de lo que es "normal" (refiriéndonos por normal a la "mayoría") para un ser humano. Es una consecuencia o situación, con diferentes factores causales” (Sierra, atendiendo necesidades. blogspot, 2012).

Las personas con discapacidad física, o cualquier otra discapacidad enfrentan barreras físicas, sociales, económicas, además de las actitudes que los excluye de hacerse parte integral de la sociedad. La falta de conciencia, la pobreza, el desconocimiento de los derechos y beneficios que los amparan, el analfabetismo, la falta de atención sanitaria, hacen de estas personas un grupo vulnerable que debe ser atendido.

A nivel mundial de acuerdo a la OMS - OPS, se estima que existen un total de 500 a 700 millones de personas con discapacidad, que corresponden al 12% de la población mundial, de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Se calcula que existen cerca de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes

para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Según los datos de la ronda censal 2010, la prevalencia de la discapacidad en América Latina varía desde 5,1% en México hasta 23,9% en Brasil, mientras que en el Caribe el rango oscila entre 2,9% en Bahamas y 6,9% en Aruba. En total, cerca de 12% de la población latinoamericana y caribeña viviría con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas, según cifras recogidas de distintas fuentes estadísticas de la región, no siempre comparables entre sí.(CEPAL, 2012)

En el Ecuador las discapacidades físicas son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%). El CONADIS registra que 2343 personas con discapacidad se encuentran laborando de las 9758 existentes en las bases de datos de la provincia de Imbabura; lo cual indica que el grado de independencia en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria es bajo; 4238 padecen de discapacidad física. (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2010)

La discapacidad física es la más frecuente (47%) en el Ecuador seguida de las deficiencias intelectuales, auditivas y visuales. En todo el país hay 375.430 personas con algún tipo de discapacidad, según el último registro del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Si se analiza por género, hay más hombres (209437) que mujeres (165.993) con discapacidad y al menos el 51% se auto

identifica como mestizo. Le siguen los indígenas y montubios, aunque hay variaciones si se analizan por provincia.

La mayor parte de los casos presentan un 40% o más discapacidad, lo cual corresponde a 308.852 personas. Esto hace que demanden de una persona que los cuide, ya sea familiar o no.

Además, de las discapacidades mencionadas, en menor medida, hay discapacidad mental, de lenguaje y psicológica.

Así también hay más ciudadanos con discapacidad en las zonas urbanas (74%) que en las rurales. (CONADIS, Registro Nacional de Discapacidades, 2013)

En la provincia de Imbabura de acuerdo a la Secretaria Técnica de Discapacidades existen 10.588 casos de personas con discapacidad. En el Ecuador la prevalencia de la discapacidad es de 2,43%, según el CONADIS 2010 (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2010) y Misión Solidaria Manuela Espejo es decir, algo más de dos de cada 100 habitantes presentan algún tipo de problema físico o mental en el país considerado que la población en el país es de 14 millones 306 876 de acuerdo al censo poblacional 2010. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010)

De acuerdo a fuente de la Secretaria Técnica de Discapacidades en la Provincia de Imbabura se han atendido a 6.166 personas, tomando en cuenta que la atención fue exclusivamente médica y un bajo porcentaje ha accedido o acceden a los servicios de rehabilitación a nivel hospitalario, ya que la realidad nos muestra que los servicios de rehabilitación están localizados únicamente en el área urbana y que existe

dificultades para el traslado de las personas con discapacidad aparte de la demora en los turnos y la inequidad en su distribución.

En el país si existen políticas, normas y planes nacionales que prevean estrategias concretas para cumplir con lo que establece la constitución en su sección sexta artículos 47, 48 y 49 en donde se garantiza las políticas de prevención, la atención en salud, a la inclusión social y la seguridad social; así como e tercer objetivo del Plan de Desarrollo del Buen Vivir. Lo importante es acceder a estas políticas mediante el fomento de proyectos que se vinculen con los sectores vulnerables como las comunidades mencionadas.

Por lo que este proyecto permitirá enfocar el estilo de vida, condiciones sociodemográficas, socioeconómicas, percepción del afectado, condiciones de salud, tratamientos, rehabilitación, y escolaridad; lo que hará referencia a las acciones a encaminar para ayudar a este sector.

El proyecto es viable, considerando que la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte cuenta con el personal entrenado en el instrumento a aplicar para diagnosticar la discapacidad en las comunidades de Gonzales Suárez; la disponibilidad y el acceso a las personas con discapacidad, permitirá dar un panorama o línea base de la cual partirán más proyectos de acción.

Es factible considerando que a partir del análisis del diagnóstico realizado se encaminarán acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. El hacer un diagnóstico sentará bases que permitan identificar problemas de salud, atención personalizada, mejoramiento de estándares de calidad de vida, seguimiento a la población vulnerable, etc.

Por todo lo expuesto es indispensable establecer un modelo de atención integral que considere los derechos y necesidades de las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, estableciendo programas estructurados y específicos que desarrollen capacidades y habilidades de la persona con discapacidad, la familia y la comunidad para facilitar su inclusión familiar como un miembro activo que participe en la sociedad dentro del contexto de su propio nivel de independencia.

Los impactos que generará el proyecto van desde el económico, sanitario, epidemiológico, todo en términos positivos, tomando en cuenta que se pretende contar con una línea base, de datos claros que amplíen la visión de acción del sector Salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Diagnosticar la discapacidad y georreferenciar la misma en las comunidades: Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo De Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura, durante el período Marzo – Julio 2014.

1.4.2Objetivos Específicos

- Contribuir con información técnica Georreferenciada que permita localizar a las personas con discapacidad en la Parroquia de González Suárez.

- Identificar los tipos y las causas de la discapacidad de las personas que se encuentran en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez.
- Describir las características socioeconómicas y de salud de las personas que presentan discapacidad en la Parroquia de González Suarez del Cantón Otavalo Provincia de Imbabura.

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Cómo contribuir con la información técnica georreferenciada que permita localizar a las personas con discapacidad en la Parroquia de González Suárez?
- ¿Cuáles son los tipos y las causas de la discapacidad en las personas que se encuentran en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez?
- ¿Cuáles son las características socioeconómicas y de salud de las personas que presentan discapacidad?

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría Existente (Marco conceptual)

2.1.1 Historia de la discapacidad

Durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes. Los hombres, también a lo largo de la historia, les han dado diferentes tratamientos a las personas con algún tipo de discapacidad.

En la Grecia del siglo IV A.C. El eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizadas por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia y la demencia, entre otras formas atípicas.

Los indios Masai asesinaban a sus niños con discapacidad. Los Chagga de África Oriental los utilizaban para ahuyentar al demonio. Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Los Jukun de Sudán consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran. Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como

hombres sabios. Para los Nórdicos las personas con discapacidad eran verdaderos dioses.

En el siglo XIV, los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, ceguera, parálisis, la cuadraplejía, entre otros, eran confinados a grandes encierros, en los que eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco o bien, manejando la conciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos "monstruos" o "fenómenos" como la más grande señal de un castigo enviado por Dios.

También durante el siglo XX se cometieron grandes crímenes en Alemania, por el ejército Nazi durante la segunda guerra mundial. Diversas atrocidades se realizaron "en búsqueda de la raza perfecta" en la cámara de gases o con la ingestión de sustancias letales que se proporcionaron en forma selectiva, antes que a nadie, a las personas con discapacidad mental, para aniquilarlas tratando de construir un supuesto mundo de "seres perfectos".
(Chinchilla, s/f)

Tras lo expuesto, se puede analizar que las distintas discapacidades en la humanidad han estado presentes desde siempre. Y desde que la historia se ha podido plasmar en diferentes documentos, existe la evidencia de que dichas malformaciones han sido objeto de discriminación y burla para quienes las padecen.

2.1.2 Conceptos de Discapacidad

Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. (Gobierno del Nuevo Estado de León, México, 2009)

“Es una **deficiencia** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. (Sierra, 2012)

Una discapacidad es una condición que hace que una persona sea considerada como discapacitada. Esto quiere decir que el sujeto en cuestión tendrá dificultades para desarrollar tareas cotidianas y corrientes que, al resto de los individuos, no les resultan complicadas. El origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales. (Cortés, 2008)

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

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 ser 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. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. (Cáceres, 2004)

2.1.3 Tipos de Discapacidad

La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiere atención médica o una enfermedad mental; estas condiciones pueden ser de carácter permanente o transitorio.

2.1.3.1 Discapacidad Auditiva

Pérdida auditiva que impide una relación funcional con el medio debido a una alteración en el oído o en la vía nerviosa auditiva.

Incluye sordera e hipoacusia.

La hipoacusia o sordera puede clasificarse de forma cuantitativa (de acuerdo a cuánto se ha perdido de la capacidad de audición), locutiva (vinculada al lenguaje), etiológica (según las condiciones etiológicas, es decir causas medioambientales o genéticas) o

topográfica (determinada por el sitio donde se halla la lesión causante de la pérdida de audición).(definición de.com, 2008)

2.1.3.2. Discapacidad Intelectual

Es todo lo relacionado a limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, como son:

1. Limitaciones en la conducta adaptativa (campo intelectual como en el ámbito social, o en las habilidades de la vida diaria).
2. Limitaciones en la participación, en las interacciones con los demás y en los papeles sociales que la persona desempeña.
3. Limitaciones en salud en la más amplia expresión física y mental.
4. Limitaciones en el contexto ambiental y cultural en el que el individuo se desenvuelve. Puede ser leve, moderada, severa y profunda.

2.1.3.3 Discapacidad Mental

La discapacidad mental es una condición particular de funcionamiento intelectual, con la cual puede haber nacido o haber ocurrido después del nacimiento.

Se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como en las habilidades de adaptación social y práctica. Es una condición inherente al individuo. No se la puede contraer de otras personas. Las personas con discapacidad mental pueden aprender, llegar a valerse por sí mismos, trabajar en empleos bien dirigidos y ser aceptados por la sociedad, sólo necesitan tiempo, buena orientación y educación. Incluye psicosis crónica,

demencia como Alzheimer, vascular y mixto. (p. 43)(Lambert, 2009)

El retardo mental es reconocido como una discapacidad, término que ha sido relacionado equívocamente con "incapacidad" o "minusválido" lo que se puede interpretar como que las personas discapacitadas no tienen habilidades o son menos que las normales; pero por lo contrario, quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico.

El retardo mental definido por (Lambert, 2009, pág. 12) consiste “en un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se presenta junto con deficiencias de adaptación y se manifiesta durante el período de desarrollo”; afectación que comprende una amplia serie de trastornos que pueden estar determinados por muchos factores de naturaleza biológica, psicológica o social.

2.1.3.4 Discapacidad Motriz

Este tipo de discapacidad es causada por trastornos neuromotores que son las dificultades que tiene una persona en el control del movimiento y la postura del cuerpo en diferentes grados. Esta condición puede o no presentarse con otras discapacidades en la persona.

La discapacidad motriz se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en

consecuencia de accidentes o problemas del organismo. (p. 23)(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

Puede incluir: Parálisis de una extremidad, hemiplejía, hemiparesia, paraplejía, tetraplejía y tetraparesia. Amputación de miembros, trastornos de la coordinación de movimientos y del tono muscular, trastornos graves del Sistema Nervioso Central como la distrofia muscular. Alteraciones del soma o ausencia de miembros o región anatómica, deformidades graves de la columna vertebral.

2.1.3.5 Discapacidad Sensorial

“La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditiva que ocasionan dificultades de comunicación con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales.” (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014)

2.1.3.6 Discapacidad Física

(Lambert, 2009, pág. 18), expresa que “se considera que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores)”.

En cuanto a la discapacidad física las deficiencias que se incluyen son las del sistema nervioso, como son la parálisis de extremidades inferiores y superiores las paraplejías y tetraplejías y a trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras deficiencias que provocan deficiencias de movilidad.

(Calvete Oña, 2012), considera “un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario”.

2.1.3.7 Discapacidad Múltiple

Es la combinación de dos o más discapacidades.(Góngora, Toscano, & Zamponi, 2012), expresan que “las personas portadoras de discapacidad múltiple son las afectadas en dos o más áreas, caracterizando una asociación entre diferentes discapacidades, con posibilidades bastante amplias de combinaciones”. Las personas que tienen discapacidad mental y física son un ejemplo de discapacidad múltiple, este tipo de discapacidad crea una situación grave y una situación que no sufren todas las discapacidades.

Entre las discapacidades de tipo múltiple está la discapacidad sensorial, con discapacidad cognitiva y otro tipo de discapacidad que incluye discapacidad motora con discapacidad cognitiva. En general una discapacidad múltiple puede similar a otras pero nunca se manifiestan en los mismos grados o complejidad de la discapacidad; pueden tener retraso mental profundo o estar dotados intelectualmente; tener limitaciones físicas por ciertas afecciones neurológicas, motrices o de otro tipo; ser muy conversadores o incapaces de hablar; o disfrutar de que los abracen o tener tendencia a evitar el contacto físico. (Calvete Oña, 2012)

2.1.3.8 Discapacidad Músculo Esquelética

Hace referencia a la incapacidad de la persona para moverse o caminar, y las dificultades para mantener posturas de disposición del cuerpo y habilidades manipulativas como agarrar y sostener objetos.

2.1.3.9 Discapacidad Visceral

Es el daño y limitación de la función de uno o más órganos internos y que están imposibilitadas de desarrollar sus actividades con total normalidad, pese a tener la mayoría de la veces, su total capacidad intelectual, sensorial o motora, pero su problema le impide desarrollar su vida con total plenitud, (ejemplo fibrosis quística de páncreas, IRC, cardiópatas, diabéticos).

2.1.3.10 Discapacidad Visual

Es la alteración permanente o transitoria en el sentido de la visión, que puede presentarse como una ceguera, cuando hay una pérdida total de la capacidad de ver, o como una disminución visual como por ejemplo una dificultad para percibir colores o disminución del campo visual,

- **Enfermedad Crónica**

Es un conjunto de trastornos que tienen una misma evolución, que proceden de una causa específica de origen no siempre conocido, cuyo proceso es lento y de larga duración; en comparación con el curso de una enfermedad aguda (de evolución corta).

- **Enfermedad Crónico-Degenerativa**

Es la enfermedad física y/o mental que posterior a su aparición se prolonga, provocando un deterioro, desgaste y/o mal funcionamiento de las partes del cuerpo afectadas.

- **Enfermedad Degenerativa**

Es aquella en la cual alguna parte del cuerpo se desgasta, deja de funcionar o trabaja inadecuadamente como producto del deterioro o decadencia de los caracteres físicos y/o mentales.

2.1.4 Grados de Discapacidad

Estos grados se clasifican a partir de un primer grado donde la discapacidad se considera como nula. Los síntomas, enfermedad o secuelas de una persona no provocan ninguna disminución de su capacidad para realizar las actividades de su vida diaria.

El segundo grado es la discapacidad leve. En este grado se considera que la persona tiene alguna dificultad para realizar sus actividades diarias aunque no le impide realizarlas en su totalidad.

En un tercer grado ya se tiene en cuenta las actividades de autocuidado. El autocuidado se refiere a aquellas prácticas relacionadas con la vida, la salud y el bienestar que realizan diariamente cada una de las personas. En este grado se incluirían aquellas personas que tienen dificultades para realizar sus actividades diarias pero sin tener en cuenta las actividades de autocuidado.

Ya en el cuarto grado se incluirían aquellas personas que debido a sus síntomas tendrían una importante dificultad para realizar sus

actividades diarias y también le afectaría a alguna de sus actividades de autocuidado.

Por último, en el quinto grado, la persona le sería completamente imposible realizar sus actividades diarias.(Parra, 2013)

Además de la clasificación por el grado de discapacidad, el Real Decreto también indica cómo se determina el porcentaje de discapacidad, dividido en cinco categorías o clases y éstas están ordenadas en función del grado de discapacidad que origina.

Para incluir a una persona en cualquiera de estas clases debe de haber sido demostrado mediante análisis diagnósticos, haber sido tratados adecuadamente y demostrados por medios médicos.

En la siguiente tabla, se indica la relación entre la clase, el grado de discapacidad que implica y el porcentaje de discapacidad que ello le implica.

Clase	Grado de discapacidad	Porcentaje de discapacidad (%)
Clase I	Sin discapacidad	0
Clase II	Leve	1 - 24
Clase II	Moderada	25 - 49
Clase IV	Grave	50 - 74
Clase V	Muy grave	75 - 100

Clasificación por el Porcentaje de Discapacidad

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%.

A partir de esta escala se podrán establecer las definiciones correspondientes.

- NO hay deficiencia Ninguna, ausencia, insignificante 0-4%
- Deficiencia LIGERO Poca, escasa 5-24%
- Deficiencia MODERADA Media, regular 25-49%
- Deficiencia GRAVE Mucha, extrema 50-95%
- Deficiencia COMPLETO total 96-100%

2.1.5 Causas de Discapacidad

Anomalías Congénitas

Desconocidas	70%
Genéticas	20%
Ambientales	Va en aumento en su relación causa-efecto
Cromosómicas	
Por medicamentos	Thalidomida, antineoplásicos, hormonales, anestésicos, Anticonvulsivantes (Ácido valproico, carbamazepina, fenitoína, etc.), inhibidores de la ECA, anticoagulantes, psicotrópicos, alcohol. Algunos son proteínofílicos, y los niveles de proteínas plasmáticas en la gestante se reducen notablemente, existiendo más fármaco libre
Tabaquismo	RCIU
Alcohol y drogas	Sd. Alcohol-fetal, Sd. Abstinencia, Sangrado
Infecciones	TORCHIS
Patología materna	Hiperplasia adrenal congénita, Hipo/Hipertiroidismo. Diabetes materna
Intrauterinas	PKU Deformaciones(DCC, pie varo, escoliosis) Bandas amnióticas/ amputaciones

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011)

2.1.5.1 Causa Genética Ambiental

Los factores ambientales son “entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, con efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal”.(Parra Moreno, 2012)

Según (Crespo Toral, 2010) “son las causas relacionadas con los elementos que rodean a un individuo y que contribuyen directamente a satisfacer sus necesidades o también las condiciones naturales (físicos, químicos, biológicos) y culturales (sociológica) que pueden actuar sobre los seres vivos y las actividades humanas”, dentro de éstos se puede mencionar a todos sus componentes naturales como aire, agua, tierra, atmósfera, plantas y todos los fenómenos e interacciones que tienen lugar. Incluye Enfermedades maternas: HT Gestacional, hipertiroidismo.

2.1.5.2 Causas Genéticas

Cromosómicas: Las alteraciones pueden ser causadas por errores en la totalidad o parte de un cromosoma, en lugar de un solo gen, puede faltar un cromosoma, estar uno adicional o también estar roto.

Causa Genética Inespecífica: Epilepsia, dismorfias, CIUR, antecedentes familiares, malformaciones congénitas.

Causa Genética Monogénica: Son aquellas en las cuales está alterado un sólo gen (o locus) y se heredan siguiendo los clásicos patrones mendelianos. Dentro de las enfermedades monogénicas, se pueden mencionar varios tipos:

Autosómicas: El gen afectado se localiza en los cromosomas no sexuales Autosómica recesiva Autosómica dominante.

Ligadas al Sexo: El gen afectado se localiza en alguno de los cromosomas sexuales:

- Recesiva ligada al sexo
- Dominante ligada al sexo

Ejemplos: Fenilcetonuria, Cromosoma 12, Fibrosis Quística, Cromosoma 7, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

2.1.6 Epidemiología

(Carrión, 2010), define que:

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes. (p. 218)

Según lo expuesto se puede argumentar que al igual que otras áreas de la medicina, la epidemiología también utiliza distintos métodos para obtener su fin, en este caso específico, el control de enfermedades y problemas de salud.

De acuerdo a los datos del CONADIS el número de personas con discapacidad carnetizadas es de 352.517 personas, con discapacidad, de las cuales 119.000 reciben el bono de desarrollo humano, quienes se benefician según la siguiente distribución.

Cuadro 1 Distribución de Discapacidad por Provincia

Id Provincia	Provincia	Total personas con discapacidad	Total Personas con discapacidad que reciben el BDH
1	Azuay	25339	6355
2	Bolívar	5528	2180
3	Cañar	6341	1910
4	Carchi	4995	1696
5	Cotopaxi	8882	2912
6	Chimborazo	11917	4132
7	El Oro	17347	6402
8	Esmeraldas	12295	5303
9	Guayas	78862	28076
10	Imbabura	9468	3174
11	Loja	12887	5228
12	Los Ríos	16858	6499
13	Manabí	41370	16960
14	Morona Santiago	4003	1280
15	Napo	3689	1506
16	Pastaza	2364	649
17	Pichincha	50253	9593
18	Tungurahua	9967	3093
19	Zamora Chinchipe	3207	1361
20	Galápagos	273	61
21	Sucumbíos	4709	2193

Id Provincia	Provincia	Total personas con discapacidad	Total Personas con discapacidad que reciben el BDH
22	Orellana	4521	1400
23	Santo Domingo de los Tsáchilas	9260	3405
24	Santa Elena	8356	3454
90	Zona no delimitada	0	283
TOTAL		352.517	119.105
Fuente: CONADIS - PPS – RIPS 2013			

2.1.7 Modelos de Discapacidad Física

1. Discapacidades Físicas Motrices

- Discapacidades Motrices sin Afectación Cerebral

1.1.1.Secuelas de Poliomieltis

- Lesión Medular
- Amputación
- Espina Bífida
- Miopatías
- Escoliosis
- Malformaciones congénitas
- Otras discapacidades Motrices

1.2 Discapacidades Motrices con Afectación Cerebral.

Está afectado el cerebro

- Parálisis Cerebral
- Accidente cerebro - vascular.

2. Discapacidades Físicas por Enfermedad

2.1. Asma Infantil

- Epilepsia
- Hipertónica (pérdida de conciencia, falta de control de esfínteres, babea, convulsiones, agitación...)
- Hipotónica (pequeñas ausencias, cierre de párpados en manifestaciones leves, agonías, desfallecimiento total y fruto de ello se producen roturas de brazos o piernas)
- Dolor Crónico
- Enfermedad Renal
- Otras discapacidades físicas por enfermedad crónica

3. Discapacidades Físicas Mixtas

- Plurideficiencias
- Secuelas de Hospitalización e inmovilización(blogspot.com, 2013)

2.1.8 Inclusión Social de Discapacidad

Una discapacidad presupone entender y aceptar que toda enfermedad produce algún grado de discapacidad que se espera que sea neutralizada o atenuada con la atención. Para que el servicio favorezca la recuperación de autonomía se requiere, por un lado la efectividad terapéutica de una intervención pero también de la actitud relaciona! de profesionales y del servicio de salud frente a los enfermos, que pueden tener efecto liberador o esclavizante según cómo se los maneje (dependencia para reforzar sostenibilidad del consumo). De hecho, el mayor grado de autonomía recuperada determina un menor riesgo de

minusvalía y es, entonces, una medida de efectividad de la prevención secundaria y terciaria.

En el informe publicado por el (Ministerio de Salud Pública, 2013), sobre resolución sobre discapacidad promovida por el país, se manifiesta que:

Luego de negociaciones mantenidas tanto en el Consejo Ejecutivo de la OMS, en enero pasado, como en la Asamblea mencionada, la delegación nacional, encabezada por el Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Gobernanza del Ministerio de Salud Pública, obtuvo el apoyo del pleno de los Miembros de la OMS para que se adopte una resolución sobre discapacidad considerando que afecta al 15% de la población mundial.

El Ecuador es el país que ha desarrollado un programa de inclusión y mejoramiento de las condiciones de vida grupos vulnerables que sufren de discapacidad.

En el informe publicado por el Ministerio de Salud Pública se expresa que:

El instrumento aprobado insta a los Estados Miembros de la OMS, a aplicar la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como a tomar medidas concretas en el área de la salud en beneficio de quienes tienen algún tipo de discapacidad; y a tomar medidas para el levantamiento y clasificación de datos adecuados para identificar la prevalencia, las barreras y las necesidades insatisfechas que permitan la coordinación de acciones intersectoriales para mejorar su calidad de vida y gozar de sus

derechos humanos, tomando como referencia los programas y prácticas eficaces desarrolladas en diferentes regiones.

Sobre las políticas de inclusión a nivel internacional se han emitido declaraciones, recomendaciones y resoluciones que propenden el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Entre las declaraciones el Consejo Nacional de Discapacidades ha considerado importante y de gran utilidad que quienes trabajen o relacionen con las discapacidades, así expresa (Crespo Toral, 2010), cuando dice que estas personas pueden ser “funcionarios, técnicos o empleados en el sector público, así como para aquellos que laboran en los organismos de y para personas con discapacidad y con un instrumento que reúna a las últimas normas, sugerencias y recomendaciones de organismos y eventos internacionales”; los que expresan en general las formas como debe abordarse el problema de las discapacidades en sus tres dimensiones: la prevención, la atención y la integración.

Es necesario reconocer que la existencia de los documentos que ahora se publican en los diferentes medios de comunicación, los que se basan en muchos otros que se elaboraron y que han sido de gran trascendencia en la historia de la atención a las personas con discapacidad; (Crespo Toral, 2010) enfatiza que “el trato discriminatorio, la segregación, el rechazo abierto por un lado y la conmiseración, la beneficencia y el paternalismo por otro”, estas actitudes sociales han venido presentándose con regularidad e inclusive la familia se ha resistido a asumir el problema, que ante la nueva concepción de los organismos de salud y derechos humanos han permitido combatir en los encuentros, seminarios, reunión eventos de técnicos, profesión responsables políticos y de mismas personas con discapacidad y sus familias; acuerdos que se

han concretado con políticas de Estado a favor de las personas con discapacidad.

A partir del año 2007, el Estado ecuatoriano con la generación del marco normativo sobre las discapacidades, se institucionaliza los programas de apoyo y mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, involucrando las áreas de salud, educación, empleo, accesibilidad, capacitación, política tributaria. El (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011) expresa que “la Misión Solidaria “Manuela Espejo” efectuó 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad, se realizaron 21.062 consultas de genetistas y 35.257 consultas de otros especialistas, incluyen 26.095 casos de personas con discapacidad en situación crítica, aquellos en los que es urgente la atención del Estado”.

El programa de atención a las personas con discapacidad incluye ejecución de acciones en un proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados, con este fin el Ministerio de Economía e Inclusión Social (2012) expresa: “por lo tanto la participación es un proceso de generación de conciencia crítica y propositiva en los y las ciudadanas, en la mejora sostenible de las condiciones de vida de la sociedad” (p. 11).

En cuanto a la inclusión social reconoce la alta heterogeneidad poblacional en la que se desenvuelve una persona con discapacidad, referida a una caracterización particular, denominada diversidad, en este contexto en el manual que emite el Ministerio se establece que “esta diversidad exige un compromiso de las diferentes partes para la sana convivencia, la oferta y prestación de servicios, así como el respeto y reconocimiento de su diferencia en la igualdad, entre otros, que

permitan más que una integración, una inclusión total”.

El (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011) como estrategia para alcanzar los objetivos en el apoyo y atención a las personas con discapacidad “mantiene convenios de cooperación económica con Organizaciones de la Sociedad Civil y Gobiernos Autónomos Descentralizados y Centros de Atención Directa, que se encuentran en las 9 zonas, actualmente están atendiendo a una población de aproximadamente 22.710 personas con discapacidad a través de 218 convenios, entre directos y con la sociedad civil y GAD’S”.

El programa se enfoca al desarrollo de capacidades motrices, habilidades manuales, desarrollo de capacidades a familias de personas con discapacidad, desarrollo de capacidades comunitarias, cuidado integran por intermedio de los centros de atención y centros de acogida inclusiva dirigidos especialmente a personas con discapacidad declaradas en abandono, servicios institucionalizados con atención en el hogar y la comunidad.

2.2 Parroquia González Suárez. (Marco contextual)

2.2.1 Ubicación geográfica

La Parroquia González Suárez, se encuentra ubicada en la Cuenca del Lago San Pablo- Imbakucha, a 14 km de la ciudad de Otavalo y al sur del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura, a 85 Kilómetros de la Capital del Ecuador (ver figura 1), cuya superficie es de aproximadamente 5.815 ha (52 km²), esta extensión difiere de la que tenía la parroquia hasta el 2001 (50,92 km²), con la nueva división política administrativa del Gobierno Municipal de Otavalo en el 2011, el cantón incrementa su

territorio y por ende varias parroquias también incrementan su territorio, entre ellas González Suárez.

La Parroquia se encuentra entre las siguientes coordenadas:

78°14'53.7" w

00°07'30.9"N

78°08'37.6"W

00°11'49.2"N

Cuadro 2 Parroquias de Otavalo

PARROQUIAS	SUPERFICIE km ² Año 2001	SUPERFICIE Km2 Año 2011	POBLACIÓN Censo 1990	POBLACION Censo 2001	POBLACION Censo 2010
San Luis de Otavalo	82,1	74	35.889	44159	52753
Dr. Miguel Egas Cabezas (Peguche)	7,98	14	3.544	4231	4883
Eugenio Espejo	24,05	30	6.416	6004	7357
González Suárez	50,92	52	4265	5320	5630
San José de Pataquí	8,88	10	494	359	269
San José de Quichinche	89,71	118	4931	7318	8476
San Juan de Ilumán	21,82	21	5526	7225	8584
San Pablo	64,57	64	8833	9106	9901
San Rafael	19,58	18	2.559	4762	5421
Selva Alegre	137,86	178	2075	1704	1600
Total	507,47	579	74.532	90188	104874

Fuente: GMO, 2011

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda de 1990, 2001 y 2010

Elaboración: Equipo consultor

2.2.2 Dinámica poblacional:

La población de la parroquia de González Suárez según el censo del 2010 es de 5630 habitantes según datos proporcionados por las

comunidades es de 6.810 habitantes. Según el V Censo de Población y Vivienda del 2010, la población de la provincia de Imbabura es de 400.359 habitantes y del cantón constituye 104.874 habitantes, lo cual representa el 26%, mientras que la población de la parroquia de González Suárez corresponde al 1,41 % de la población provincial y al 5,36% del cantón.

La comunidad de Pijal tiene el mayor número de habitantes que representan el 26,43% de la población total parroquial (según datos proporcionados en los diagnósticos comunitarios), seguida por Caluquí con el 19,82%, Mariscal Sucre y San Agustín de Cajas con el 13,21% respectivamente, mientras que González Suárez que es la cabecera parroquial representa el 8,81% de la población parroquial; y las comunidades de Eugenio Espejo de Cajas con el 8,07%, Gualacata con el 6,38% e Inty Huaycopungo 4,03% que son las de menor población

Cuadro 3 Población de González Suárez

Comunidades	Nº Familias	Población Total
Pijal	600	1800
Caluquí	270	1350
Mariscal Sucre	180	900
San Agustín de Cajas	180	900
González Suárez (Cabecera Parroquial)	150	600
Eugenio Espejo de Cajas	110	550
Gualacata	87	435
IntyHuaycopungo	55	275
TOTAL	1632	6810

Fuente: Diagnósticos Comunitarios 2011

En la estructura poblacional de González Suárez, según los grupos étnicos o nacionalidades determina que el 72,16% (4.178 habitantes) de la población de la parroquia pertenecen al pueblo Kichwa Kayambi y kichwa Otavalo, seguido por el 26,05% (1.386 habitantes) de población mestiza, el 1,24% (66 habitantes) son extranjeros que viven en la parroquia considerados como población blanca; mientras que el grupo de población afro ecuatoriana el 0,54% (29 habitantes). (Gobierno Descentralizado de Gonzales Suárez, 2012)

2.3 Marco Legal

2.3.1 Legislación ecuatoriana

2.3.1.1 Constitución dela República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador vigente ampara las personas con discapacidad y lo menciona en tres artículos: 47, 48 y 49.

Sección sexta: Personas con discapacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso,

trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención. (Constitución del Ecuador, 2008)

2.3.1.2 Plan de Desarrollo del Buen Vivir

El proceso de transformación política, social y económica que ha vivido el Ecuador desde 2006, mismo que ha permitido recuperar el Estado y consolidar políticas públicas consistentes que se expresan en el Plan Nacional para El Buen Vivir, atrae la atención de expertos de varios países. (Gobierno de la República del Ecuador, 2013)

El Plan Nacional para el Buen Vivir se consolidó para continuar siendo el instrumento rector de las políticas públicas, en el período 2013 – 2017 (PNBV). Contempla tres aspectos fundamentales: poder popular, derechos y libertades para el Buen Vivir, y transformación económica y productiva.

“El concepto de Buen Vivir tiene un alto contenido ético – político en tanto entiende que los procesos de transformación tienen que estar articulados fundamentalmente en torno a un catálogo fuerte de derechos”, sentenció.

Los expertos y académicos internacionales invitados por el IAEN, participaron además en el Seminario Internacional “Crisis Civilizatoria Eco socialismo y Buen Vivir”.

El nuevo Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, constituye la hoja de ruta técnica y política que el actual Gobierno deberá seguir para cumplir los 12 objetivos nacionales que se ha planteado. El Plan cuenta con una estrategia territorial de desarrollo, plantea los lineamientos para la inversión de los recursos públicos y la regulación económica, y presenta el Plan Plurianual de Inversión Pública 2013-2017. Los tres ejes en que los trabajará, con mayor fuerza, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (quien es la institución que produjo participativamente este documento), en los próximos cuatro años son: reforzamiento del trabajo del Estado en los territorios, vigilancia de la ejecución del Plan Nacional del Buen Vivir y, además, enfatizará en los mecanismos de regulación y control del Estado.

Este plan tiene objetivos muy claros al momento de amparar a este grupo vulnerable de las personas con discapacidad.

El segundo objetivo promueve: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad; y el objetivo tercero versa: Mejorar la calidad de vida de la población.

Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad.

- 2.6 . e. Generar e implementar estándares de calidad y protocolos de atención para los servicios de protección especial prestados por instituciones públicas, privadas y comunitarias.
- 2.6 . f. Capacitar y especializar el talento humano en las instituciones públicas, para el adecuado abordaje y tratamiento de las víctimas de violencia.
- 2.7 . j. Fomentar e implementar instrumentos educomunicacionales para el respeto a la dignidad de los seres humanos, la

erradicación de todas las formas de xenofobia y racismo y la efectiva inclusión de personas en situación de movilidad humana, desde la construcción de patrones culturales que afirmen una ética solidaria.

- 2.7 . k. Generar e implementar mecanismos que faciliten la recuperación de capacidades para la inclusión económica de las personas en situación de movilidad humana y sus diversos tipos de familia, con énfasis en el acceso a asistencia técnica, crédito y capacitación y en la vinculación con la economía popular y solidaria.
- 2.8 Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia
 - 2.8 . a. Generar e implementar estándares de calidad para los servicios a grupos de atención prioritaria prestados por instituciones públicas, privadas y comunitarias, con pertinencia cultural y geográfica.
 - 2.8 . b. Consolidar procesos de planificación participativa para perfeccionar el sistema de atención especializada, de acuerdo con la dinámica demográfica y con la pertinencia cultural y de género.
 - 2.8 . c. Consolidar los mecanismos de protección e inclusión social, considerando la inclusión económica de las personas con discapacidad.
 - 2.8 . d. Generar mecanismos de corresponsabilidad social, familiar y comunitaria en la gestión de los ámbitos de salud, educación, participación ciudadana y cuidado a grupos prioritarios.

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida.

- 3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social
 - 3.1 . c. Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y Recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario.
 - 3.1 . d. Implementar procesos de estandarización y homologación, con pertinencia cultural, social y geográfica, de la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario de los componentes del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
 - 3.1 . e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
 - 3.1 . f. Promover la certificación, la acreditación, el licenciamiento y/o la autorización, según corresponda, de la prestación de servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.2 . b. Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
- 3.2 . c. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
- 3.2 . d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para

prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.

- 3.2 . e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.
- 3.2 . k. Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.
- 3.3 . b. Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas.

(Plan de Desarrollo del Buen Vivir, 2013)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Según el análisis de resultados, de la línea base levantada para diagnosticar la discapacidad en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo, se hizo uso de:

3.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo debido a que es un estudio formal, objetivo, sistemático, en el que se usaron datos numéricos para obtener información sobre la discapacidad en las comunidades de la parroquia Gonzáles Suárez. Se identificó el fenómeno de estudio que en este caso es la discapacidad. Y debido a que la información fue recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hubo manipulación).

Correlacional debido a que se pretendió relacionar la discapacidad con sus determinantes como son las condiciones sociodemográficas, las causas, las barreras que encuentran estas personas, etc.

De naturaleza cuali - cuantitativo, debido a que se describió la situación de discapacidad observada, porque estudia las variables del problema y cómo influyeron en otras variables, cuando hay una relación causa y efecto. Para establecer si existe una relación causa-efecto, se aíslan y eliminan los factores que pueden ser causa de un resultado particular y probar sólo los que se quieren medir directamente.

Y es cuantitativo, debido a que se usó estadística descriptiva e inferencial para cada variable identificada y en la relación de las mismas.

Por la naturaleza de acción explicativa debido a que se buscó encontrar la explicación, etiología, tratamientos de la discapacidad en las comunidades investigadas, y se buscó explicar las condiciones en las que se presenta la discapacidad.

3.2 Diseño de estudio:

Es un estudio de diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables de modo que vaya a afectar la situación investigada. Solamente se describieron las situaciones investigadas como datos sociodemográficos, condiciones de salud, alteraciones fisiológicas y percepción de los discapacitados sobre la inclusión en la sociedad.

Estudio de corte transversal porque se realizó en un solo momento de tiempo.

3.3 Localización

El presente estudio se realizó en la parroquia de González Suárez, en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo.

Los límites de la parroquia son:

Al norte: Desde la desembocadura de la Quebrada Santo Domingo en el Río Itambi aguas arriba hasta los orígenes del mismo, la línea imaginaria

al Sur - Este hasta alcanzar la cumbre del cerro Cusín.

Al sur: De los orígenes de la Quebrada Cajas, por el curso de esta Quebrada, aguas abajo, hasta la altura latitudinal de la Hacienda Cajas; de la Quebrada Cajas, la línea imaginaria al Oeste hasta alcanzar la cumbre del cerro Ventanillas; de la cumbre del Cerro Ventanillas, la línea imaginaria al Oeste que cruzando la laguna Negra se extiende hasta alcanzar el centro geométrico de la Laguna Grande de Mojanda.

Al este: De la cumbre del Cerro Cusín, la línea imaginaria al Sur – Oeste, que pasando por las faldas Norte del Cerro Punyaro se extiende al Oeste hasta alcanzar los orígenes de la Quebrada Cajas.

Al oeste: Del centro geométrico de la Laguna Grande de Mojanda, la línea imaginaria al Norte – Este hasta alcanzar los orígenes de la Quebrada Santo Domingo; de estos orígenes, el curso de la Quebrada Santo Domingo, aguas abajo, hasta su desembocadura en el Río Itambi.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población total de la Parroquia González Suárez y las comunidades que se investigaron da un total de 4750 personas.

Cuadro 4 Población

COMUNIDAD	TOTAL POBLACIÓN	TOTAL POBLACIÓN DISCAPACIDAD	% DISCAPACIDAD EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD	% DISCAPACIDAD SEGÚN COMUNIDAD
MARISCAL SUCRE	900	8	0.88%	13.33%
SAN AGUSTÍN CAJAS	900	1	0.11%	1.66%
EUGENIO ESPEJO	550	4	0.72%	6.66%
PIJAL BAJO	1800	5	0.27%	8.33%
GONZÁLEZ SUÁREZ	600	42	7%	70%
TOTAL	4750	60		100%

Fuente: Plan de Desarrollo Organizacional de la Parroquia Gonzales Suárez

Autor: Gobierno Descentralizado de González Suárez, 2012

3.4.2 Muestra

Fueron encontradas 60 personas con discapacidad en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo, pertenecientes a la Parroquia González Suárez. Es decir que se encontró a 60 personas con discapacidad en esta parroquia. Detallado de la siguiente manera: González Suárez el 70%, Mariscal Sucre 13,33%, Pijal Bajo 8.33%, Eugenio Espejo 6,66%, Y San Agustín de Cajas 1,66%.

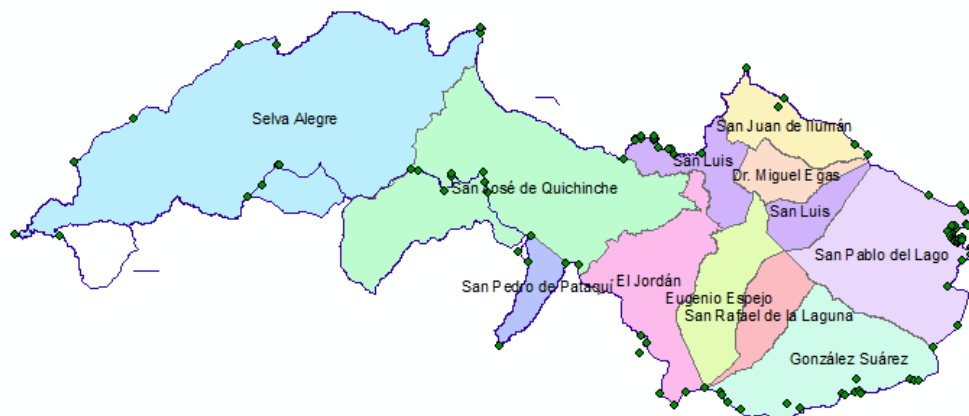
3.5 Ubicación geográfica

La Parroquia González Suárez del Cantón Otavalo, se encuentra ubicada en la Cuenca del Lago San Pablo, a 14 km de la ciudad de Otavalo y al sur del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura.

Superficie: 51 Km² Ubicado en el Cantón Otavalo, al sur de la provincia de Imbabura.

Comunidades Principales:

- Pijal
- Mariscal Sucre
- San Agustín de Cajas
- Eugenio Espejo
- Caluquí
- Gualacata
- Inti Huaycopungo.



3.6 Identificación de variables

Variable independiente:

- Discapacidad

Variables dependientes:

- Características sociodemográficas
- Tipos de discapacidad

3.6.1 Operacionalización de variables.

Variable independiente: Discapacidad

Discapacidad	Indicador	Técnicas	Fuente de información
Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad visual • Discapacidad auditiva • Discapacidad física • Discapacidad mental 	Observación Encuesta	Pobladores y dirigentes de la comunidad.

Variables dependientes:

Discapacidad	Indicador	Técnicas	Fuente de información
Características socioeconómicas: Son el reflejo de las características	• Nacionalidad	Encuesta	Pobladores y dirigentes de la comunidad
	• Edad	Observación	
	• Género		
	• Autopercepción de		

<p>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>Los factores demográficos y socioeconómicos son los principales determinantes de la salud.</p>	etnia		
	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades en la comunidad 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de servicios básicos. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos económicos 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de hogar 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo económico del gobierno 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Relación /Área de trabajo 		
Tipos de discapacidad / lugar	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad visual • Discapacidad auditiva • Discapacidad física Discapacidad mental 	Encuesta Observación	Lugares georeferenciados

3.7 Equipos e instrumentos

Para la realización de esta investigación se utilizó los siguientes materiales:

- ✓ ENCUESTAS (Formato entregado por la Universidad Técnica del Norte)
- ✓ EPIINFO.
- ✓ Computador
- ✓ Materiales de oficina
- ✓ GPS

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección y procedimientos de la información

- a) Se realizó la revisión bibliográfica, mediante páginas web con validez científica, las constancias teóricas fueron de libros, actual, y que tuvieron relación con el objeto de estudio que es la discapacidad. Se usaron fuentes documentales primarias.

- b) El análisis situacional partió como primera instancia del ingreso a la parroquia se obtuvo información detallada del Gobierno Parroquial de González Suárez, se socializó con las autoridades el propósito del proyecto, y con las personas de las comunidades para obtener la mejor predisposición y colaboración. El Gobierno parroquial prestó toda la información técnicas sobre ubicación, plan de desarrollo local y datos que permitieron un mejor desempeño de la investigación.

Después se realizó una investigación de campo, ya que para identificar a cada una de las personas que llegaron a formar parte

de la población en estudio, se trabajó directamente en la comunidad. Se obtuvo la información mediante una encuesta estructurada que tenía preguntas cerradas y abiertas, indagando sobre 88 ítems, en donde se investigó datos sociodemográficos, de salud, de discriminación, de educación, y datos de georreferenciación.

- c) El proceso de inducción y deducción partió de la observación, y se realizaron deducciones de lo general a lo particular, y luego de lo particular a lo general.
- d) También se obtuvo información mediante la técnica de la observación, ya que para determinar las condiciones de la vivienda y servicios básicos se contrastó con la información recibida. Se utilizó como estrategia la Observación y como técnica la ficha de observación (Ver Anexo 6)
- e) Se realizó el análisis de los datos obtenidos mediante el programa de EPIINFO, las variables simples y las relaciones de variables.

3.9 Procesamiento de datos:

La tabulación de los datos se realizó en el Programa Access y el paquete estadístico EPIINFO, para calcular estadísticas univariar y bivariar que permita analizar integralmente el factor de estudio.

3.10 Validación

La encuesta utilizada en este 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 Medica, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de Febrero del año 2014 y revisado por expertos en Discapacidad, y que se aplicó en las comunidades investigadas.

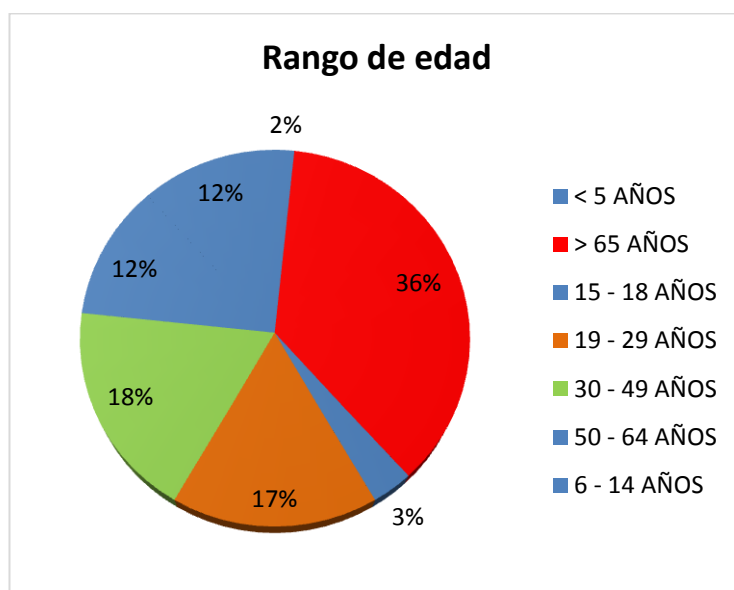
CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación

Las comunidades de MARISCAL SUCRE, SAN AGUSTIN DE CAJAS, EUGENIO ESPEJO DE CAJAS Y PIJAL BAJO de la Parroquia Gonzáles Suárez fueron ampliamente realizadas una investigación de campo y se aplicó la encuesta de georreferenciación para identificar bajo un esquema a cada persona con discapacidad y los resultados más relevantes fueron los siguientes:

Características sociodemográficas y económicas (ver Anexos. Tabla 1)

Gráfico 1 Rango de edad de las personas discapacitadas

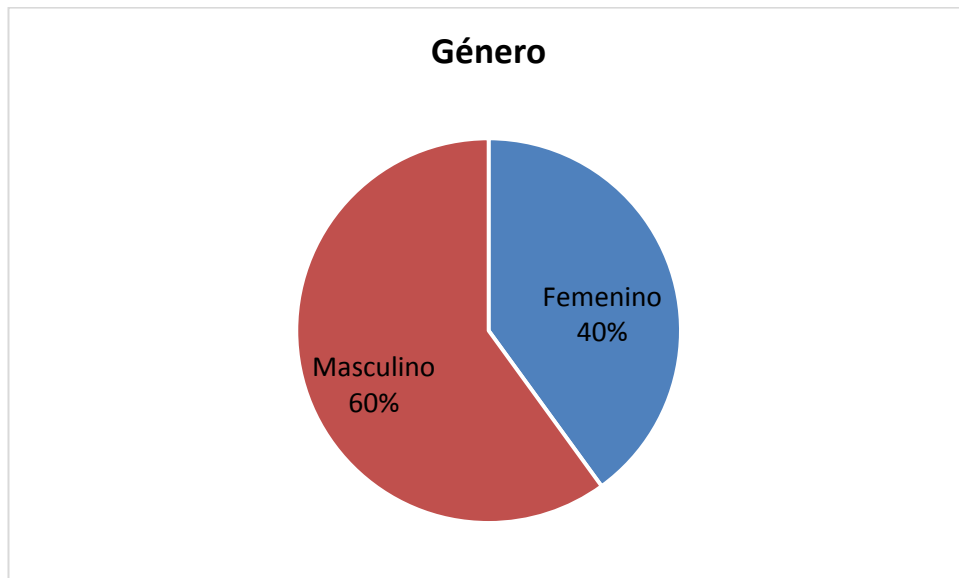


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Se encontró una muestra muy grande de personas adultos mayores (36%) y entre ellos los más añosos son los más representativos, lo que hace más vulnerable a este sector. Los adultos de la población económicamente activa comprendida desde los 19 años hasta los 64 años que son quienes pueden aportar y generar ingreso constituyen un total del 47% casi la mitad de la población.

El grupo menos afectado en esta muestra fueron los niños menores de 5 años.

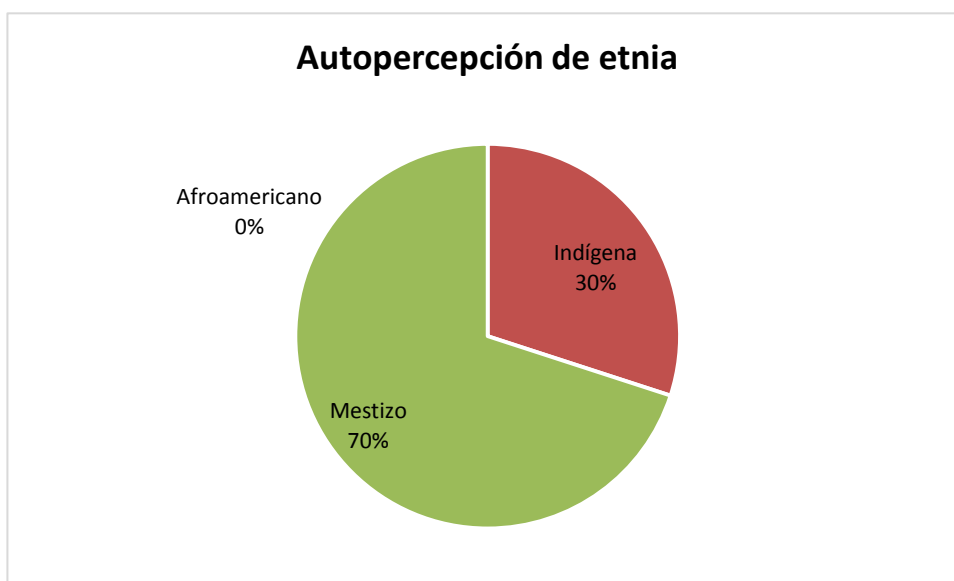
Gráfico 2 Género de las personas con discapacidad



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Dentro de las características sociodemográficas se puede identificar claramente que la prevalencia de discapacidad se da mayoritariamente en el género masculino (60%) que sobrepasa al femenino con 20 pp (puntos porcentuales). A nivel nacional las estadísticas muestran similitudes. Según (Diario la Hora, 2013) el 55% de las personas con discapacidad son hombres

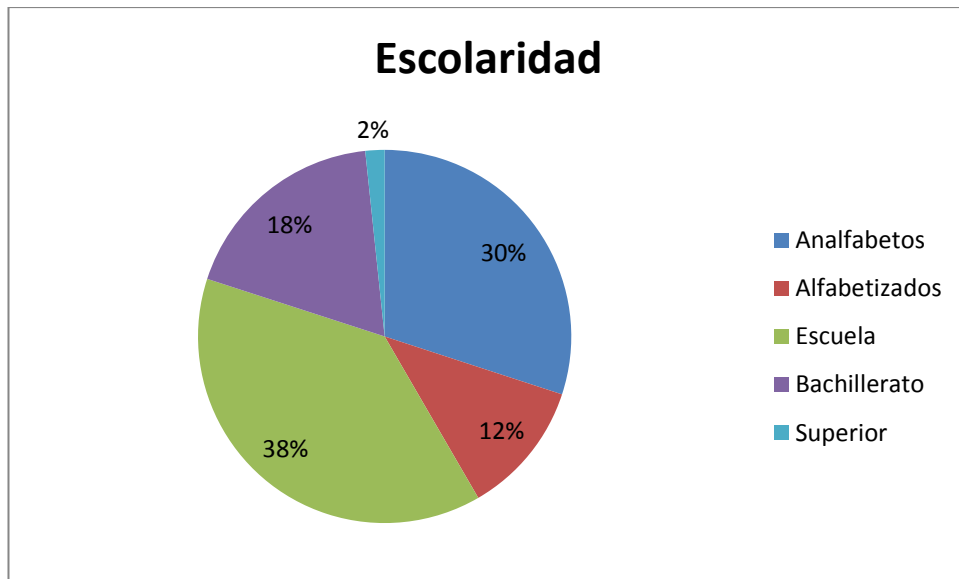
Gráfico 3 Autopercepción de etnia



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

En la muestra investigada, el 70% de personas con discapacidad pertenece a la etnia mestiza, pese a ser una parroquia de Otavalo donde la predominancia es indígena.

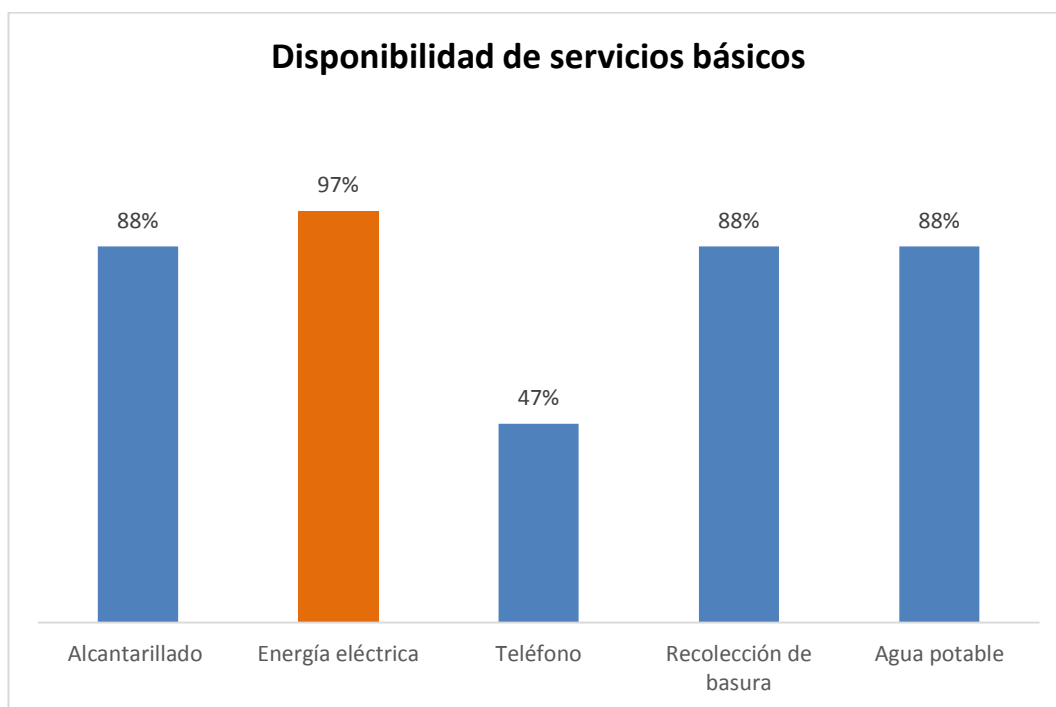
Gráfico 4 Escolaridad



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

La escolaridad nos da un indicio de que situación tiene las personas investigadas en donde un porcentaje significativo refirió no saber leer ni escribir (30%), quienes tiene una educación básica comprendida entre escuela y bachillerato son 56% de la población investigada. Y existe el 18% de personas que solamente saben leer y escribir, situación que dificulta la accesibilidad a fuentes de trabajo que permitan generar un ingreso al menos básico.

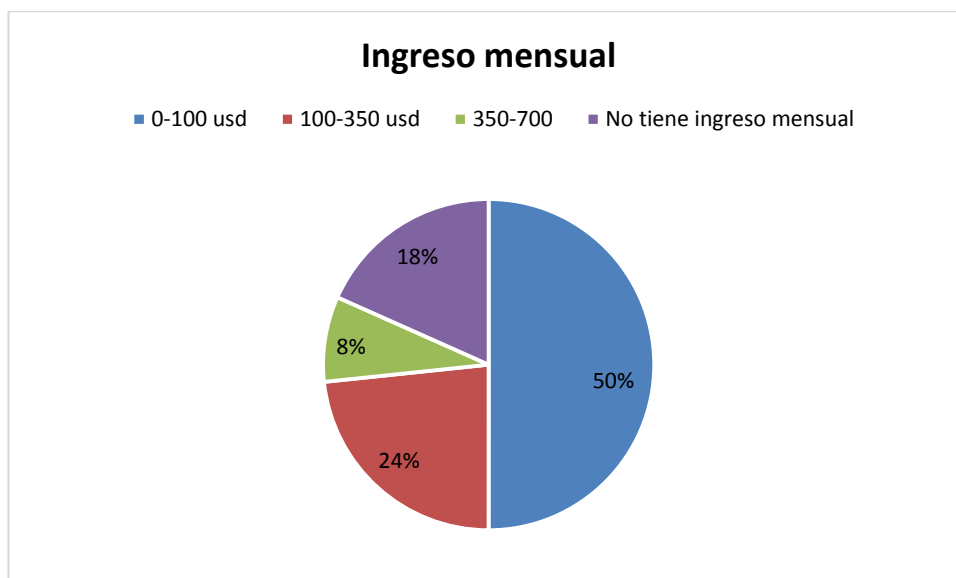
Gráfico 5 Disponibilidad de servicios básicos (Ver anexos. Tabla 2)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

La mayoría de servicios básicos están cubiertos, debido a que la parroquia cuenta con una red de alcantarillado, disponen de energía eléctrica, y agua potable, así como la recolección de basura. Únicamente el 12% de estas personas no dispone de los servicios mencionados anteriormente. El servicio básico que menos cobertura tiene es el teléfono que solamente dispone el 46,67%.

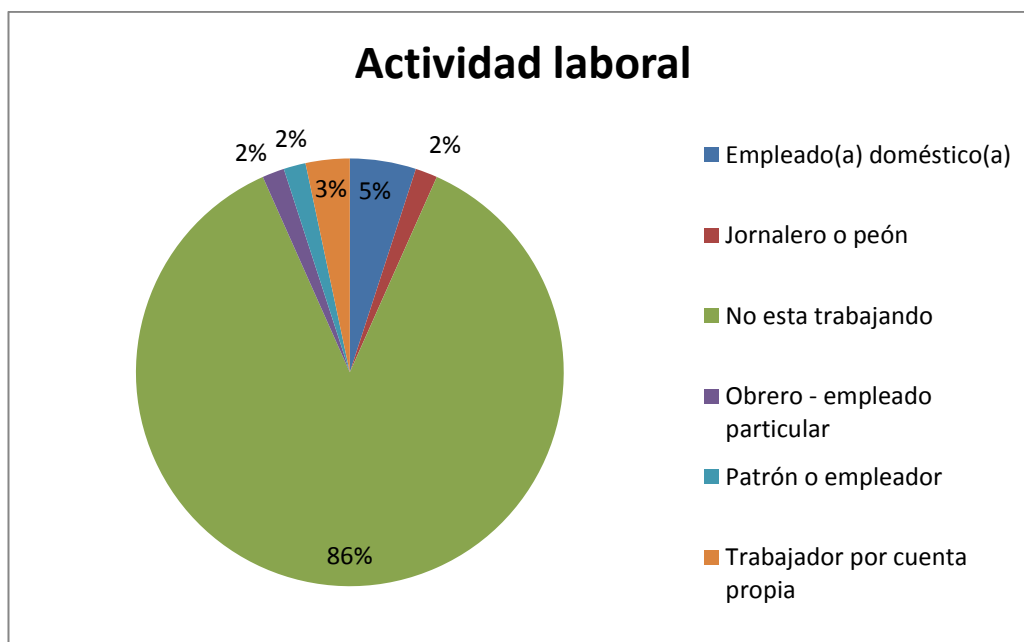
Gráfico 6 Ingreso mensual (Ver Anexos Tabla 3)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Es realmente preocupante que en esta muestra se haya encontrado a la mitad de la población con un ingreso mensual de entre 0 y 100 dólares. El 18% no tienen ningún tipo de ingreso al mes. Solamente la cuarta parte de la población recibe un ingreso mensual de entre el salario básico vital e inferior al él.

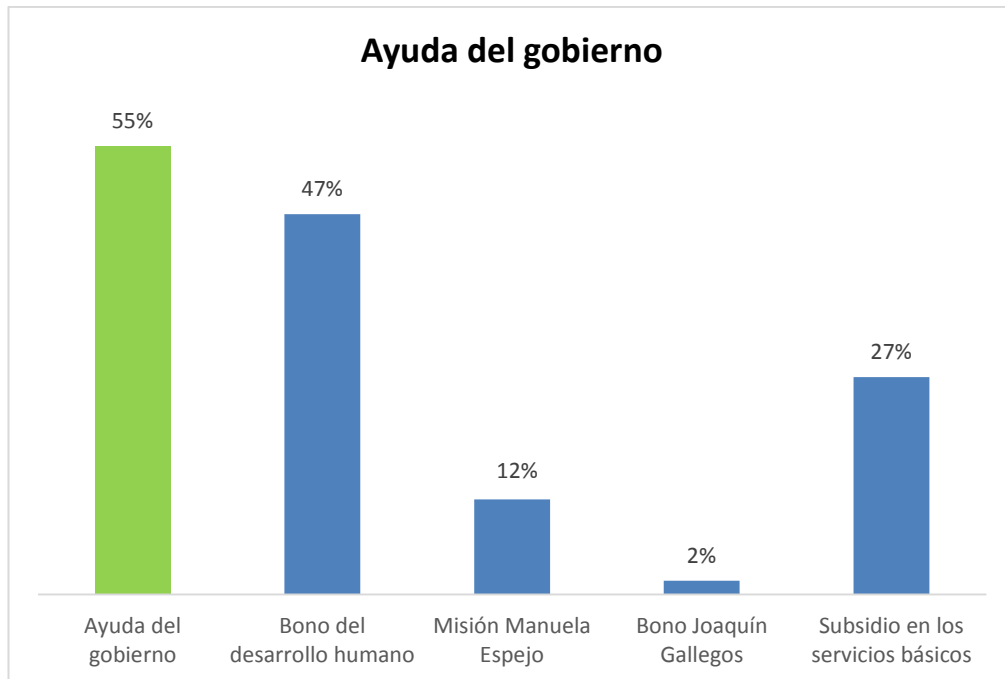
Gráfico 7 Actividad laboral a la que se dedica (Ver Anexos Tabla 3)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

En esta muestra investigada, dando como resultado un alto índice de desempleo, al hallar que el 86,67% de estas personas no se encuentra trabajando. Y cuando se detalla las actividades laborales de quienes si se encuentran laborando, se halló que el 5% son empeladas domésticas, el 3,33% es trabajador independiente.

Gráfico 8 Ayuda del gobierno (Ver Anexos Tabla 3)

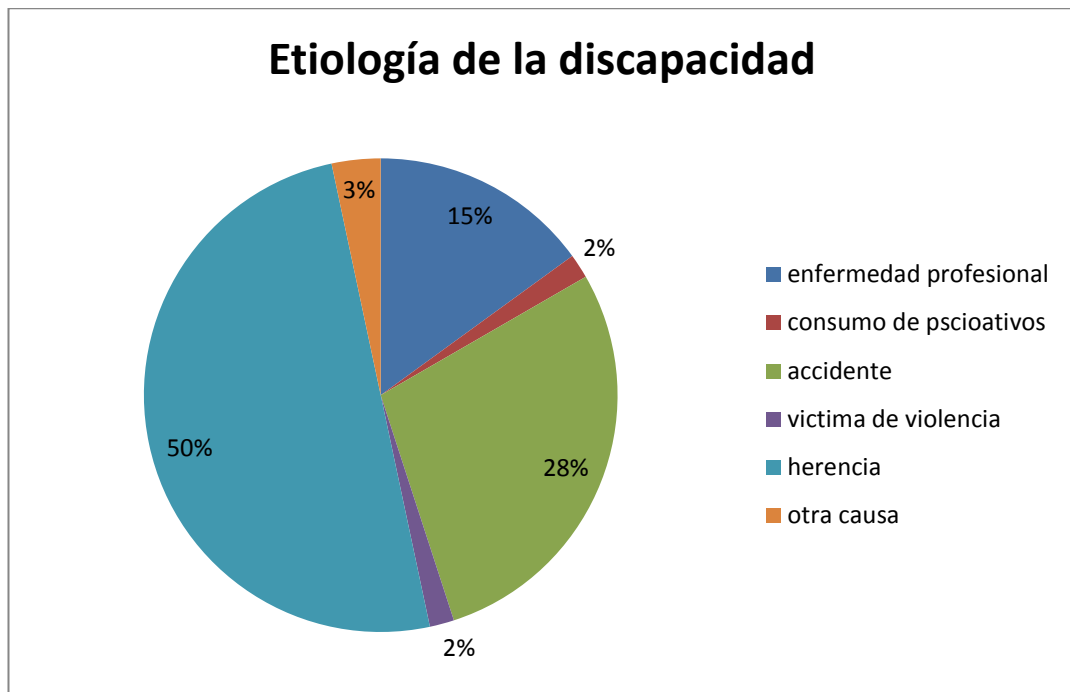


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Se halló una cobertura media del gobierno en esta muestra estudiada (55%). La Campaña Manuela Espejo cubre solamente al 12% de la población en estudio. Esta Misión Solidaria Manuela Espejo es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador, para lograr la inclusión de las personas con discapacidad del país, misma que identificó las personas más vulnerables con el objetivo de mejorarles la calidad de vida, mediante la ayuda asistencial que requiera el paciente. Así también el Bono Joaquín Gallegos buscó a las personas con discapacidad muy grave y se le otorga al familiar encargado un salario de \$240,00 para que el familiar se haga cargo por completo de la persona con discapacidad severa.

Discapacidad

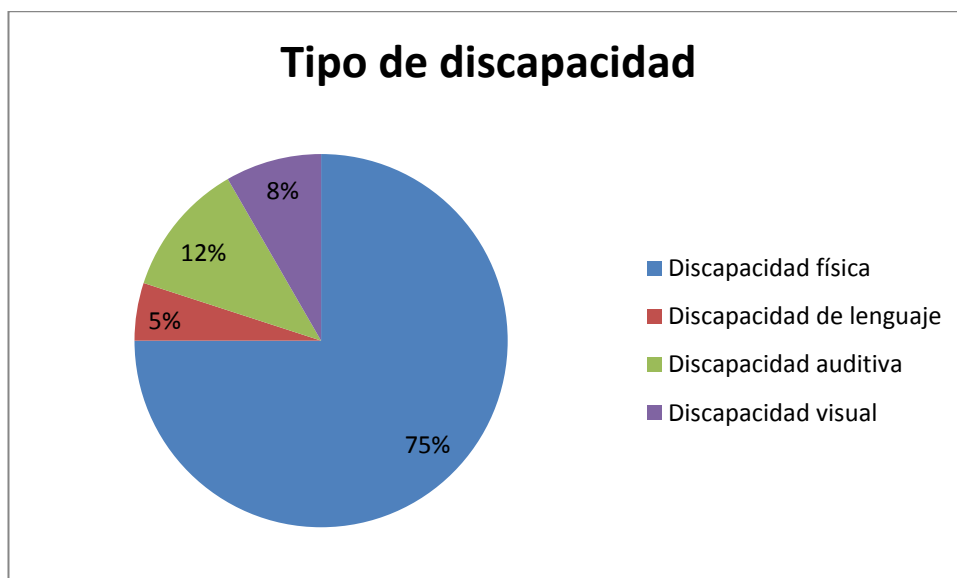
Gráfico 9 Etiología de la discapacidad (Ver Anexo Tabla 4)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

La causa de mayor prevalencia fue el antecedente hereditario (50%), seguida de un evento prevenible, es decir, que su origen fue causado por accidente de tránsito en un (28,33%) y también se encontró como causas las enfermedades profesionales en un 15% y en menor medida la violencia social y el consumo de psicoactivos.

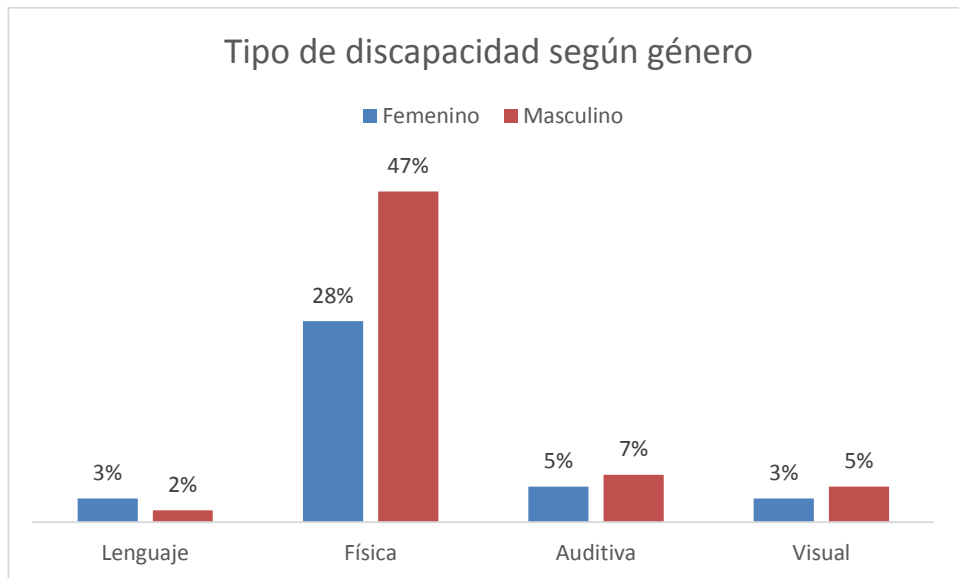
Gráfico 10 Tipos de discapacidad (Ver Anexo Tabla 5)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Por lo que se puede identificar hay una prevalencia de discapacidad física del 75%, es decir, que de cada 10 personas discapacitadas 7 de ellas tienen discapacidad física, la discapacidad auditiva se encuentra en el 12%, discapacidad visual 8% y discapacidad de lenguaje 5%. Son datos similares a los encontrados a nivel Nacional según el (CONADIS, Registro Nacional de Discapacidades, 2013) en donde se indica que en Imbabura el 42.70% de las personas con discapacidad tiene una discapacidad física, y el 22.75% tiene discapacidad auditiva.

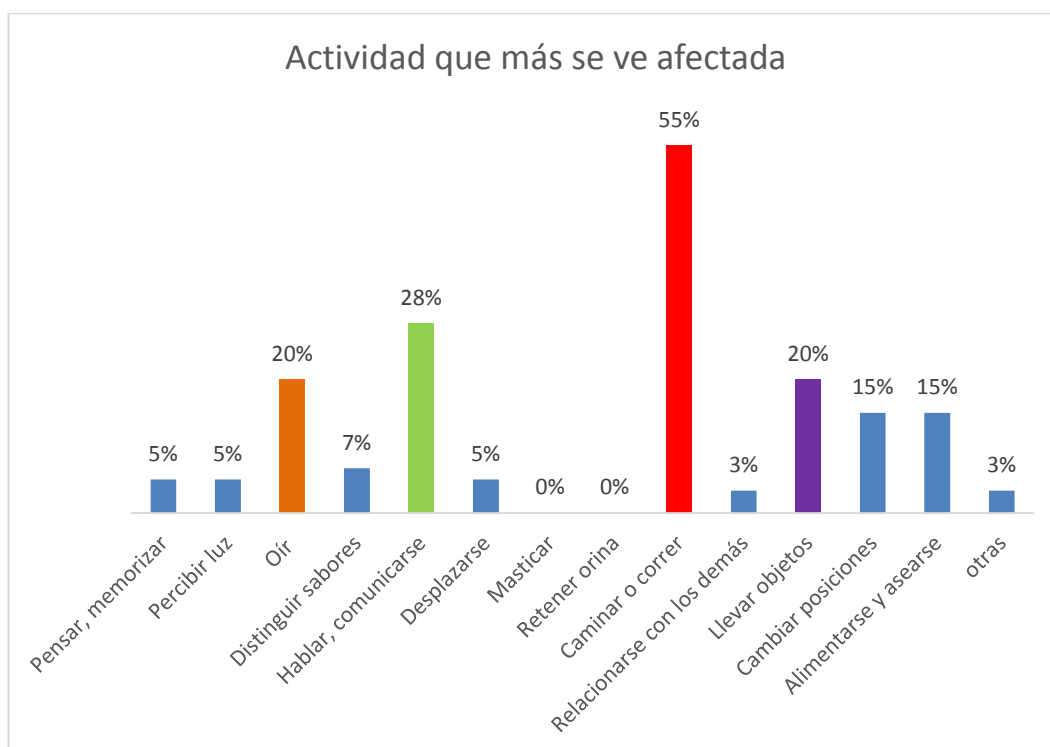
Gráfico 11 Tipo de discapacidad según género (Ver anexo tabla 6)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

De las personas con discapacidad la incidencia masculina es mayor que la femenina, con una diferencia de 20 puntos porcentuales (60%) Dentro del género masculino, la mayor prevalencia de discapacidad que se presenta es la física (47% a 28,33%), la auditiva (7% a 5%) y la visual (5% a 3%) también se encuentran en porcentajes significativos. Solamente en la discapacidad de lenguaje el género femenino predomina sobre el masculino (3% a 2%)

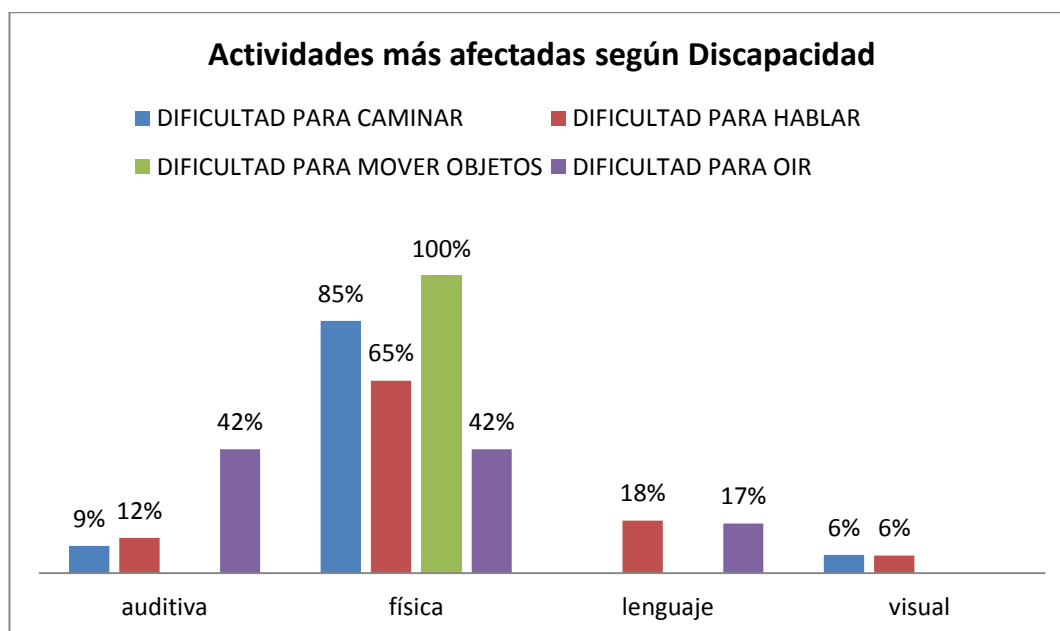
Gráfico 12 Actividad que se ve más afectada (Ver Anexo Tabla 7)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Considerando que la mayoría de la prevalencia de discapacidad es la física. De la muestra identificada como personas discapacitadas el 55% tiene problemas para caminar o correr, el 28% tiene problemas para hablar y comunicarse así como el 20% para oír, y otro 20% para llevar objetos.

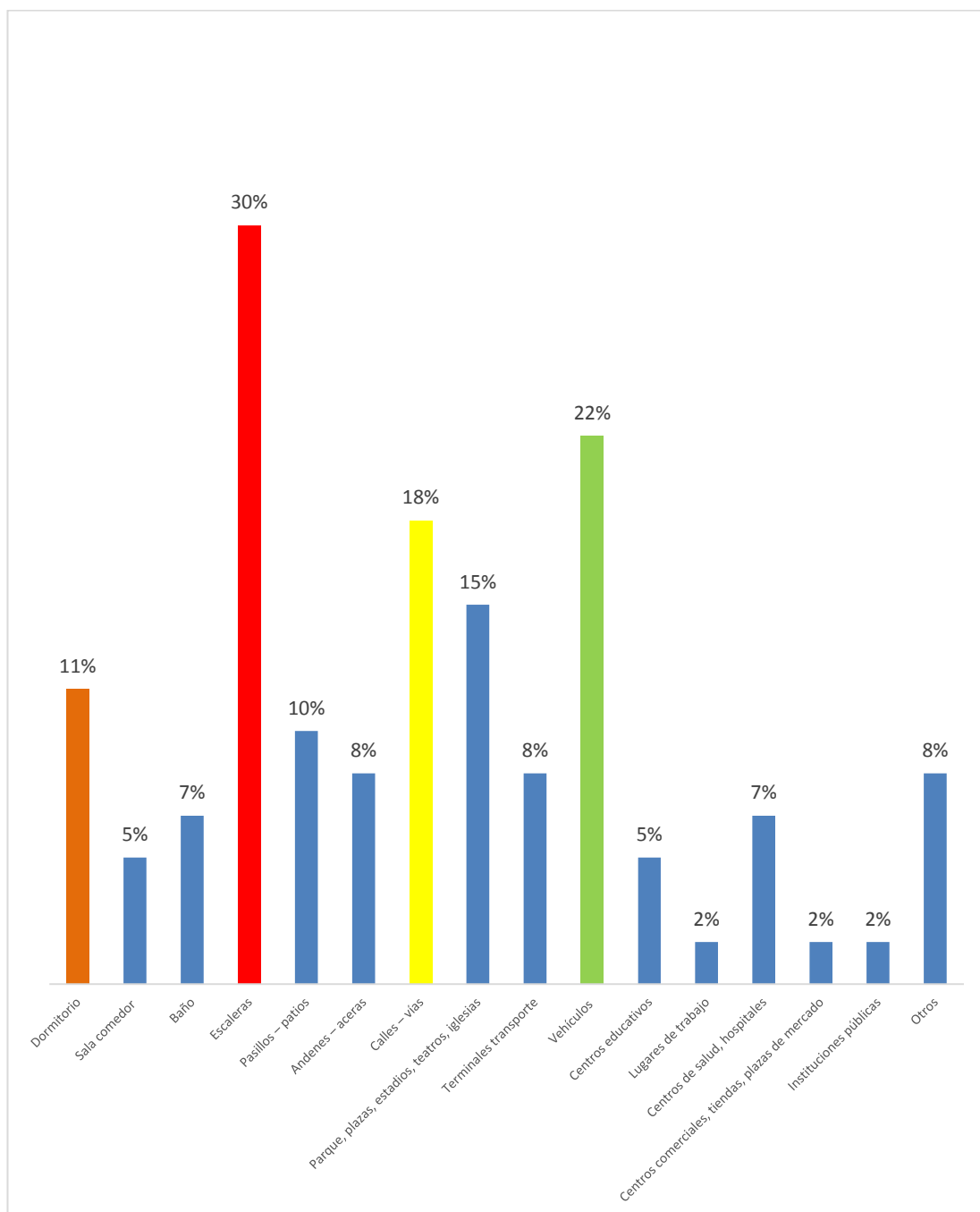
Gráfico 13 Actividades más afectadas según Discapacidad (ver Anexo Tabla 8)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Al relacionar la discapacidad con las actividades más afectadas se encontró datos dispersos: según la discapacidad física, quienes presentaron dificultad para mover objetos en su totalidad el 100%, de los que tienen dificultad para caminar el 85%, sin embargo se halló porcentajes de personas que tienen problemas para caminar y que tienen como diagnóstico discapacidad auditiva y visual. Al analizar la dificultad para hablar se encontró que quienes tienen más problemas en este caso no son las personas con discapacidad de lenguaje sino más bien quienes tienen discapacidad física. Lo que refiere complicaciones no solo propias de cada discapacidad sino de diversa índole.

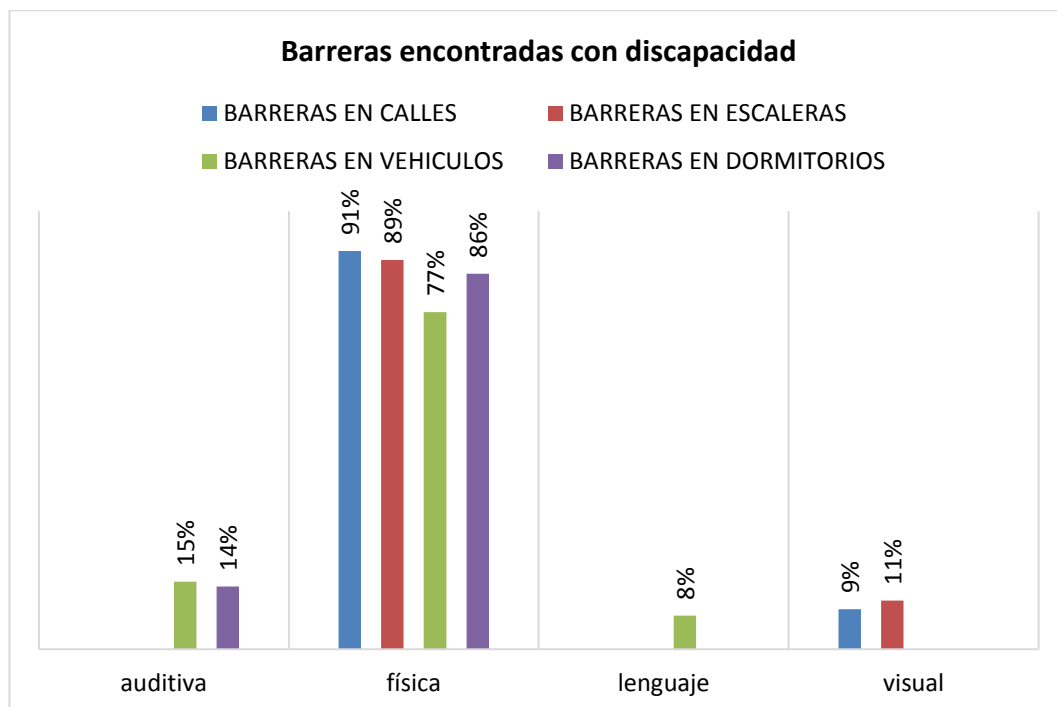
Gráfico 14 Autopercepción sobre barreras que encuentran las personas con discapacidad (Ver Anexo Tabla 9)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

En la muestra la mayoría de personas con discapacidad coincidieron en que los lugares donde encuentran mayores dificultades son las escaleras 30%, 22% vehículos, 18% calles y 11% dormitorios.

Gráfico 15 Barreras encontradas según Discapacidad (ver Anexo Tabla 10)

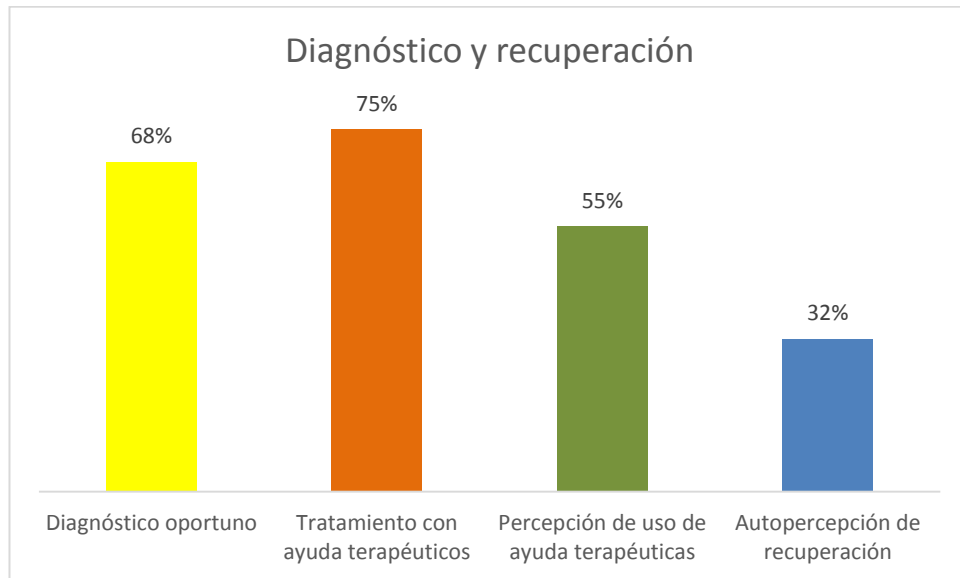


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Se halló muchas barreras encontradas sobre todo en las personas con discapacidad física, así pues en quienes encontraron barreras en las calles el 91% y el 9% son discapacitados visuales, de las barreras en las escaleras el 89%, y el 11% son discapacitados visuales. Cuando se refiere a las barreras halladas en los vehículos el 77% son personas con discapacidad física, el 15% son personas con discapacidad auditiva y el 8% tiene problemas del lenguaje.

Datos de salud (Ver Anexos Tabla 11)

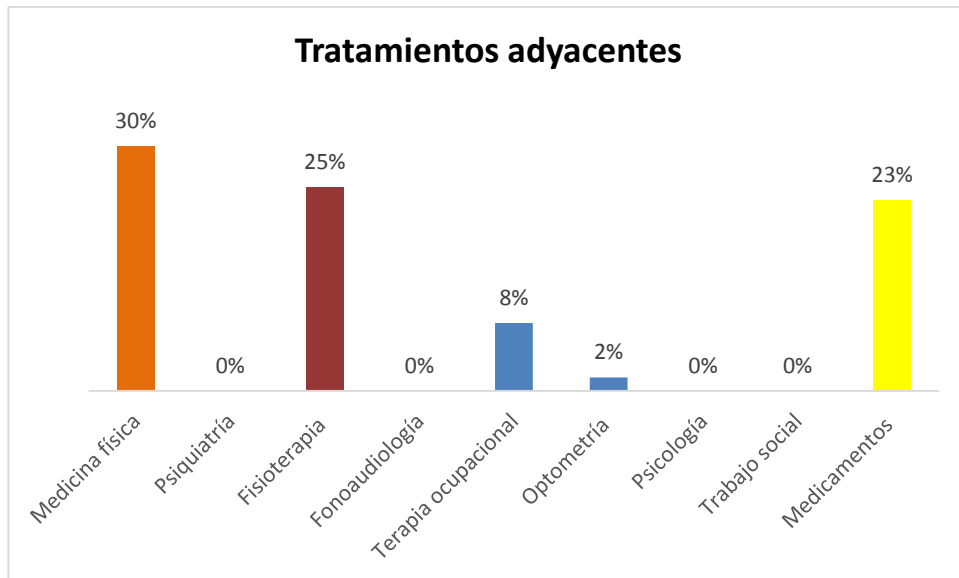
Gráfico 16 Diagnóstico y recuperación



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

En el 68% de los casos de las personas con discapacidad de esta muestra si hubo diagnóstico oportuno. Las tres cuartas partes de la muestra mencionan que si les dieron un tratamiento con ayudas terapéuticas, sin embargo solo el 55% considera que si deben usar las ayudas terapéuticas. Es importante también mencionar que el 32% siente que si ha habido recuperación pero la gran mayoría refiere que no.

Gráfico 17 Tratamientos realizados



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

De la muestra investigada el 30% refiere haber hecho uso de la medicina física, el 25% de fisioterapia y el 23% de medicación.

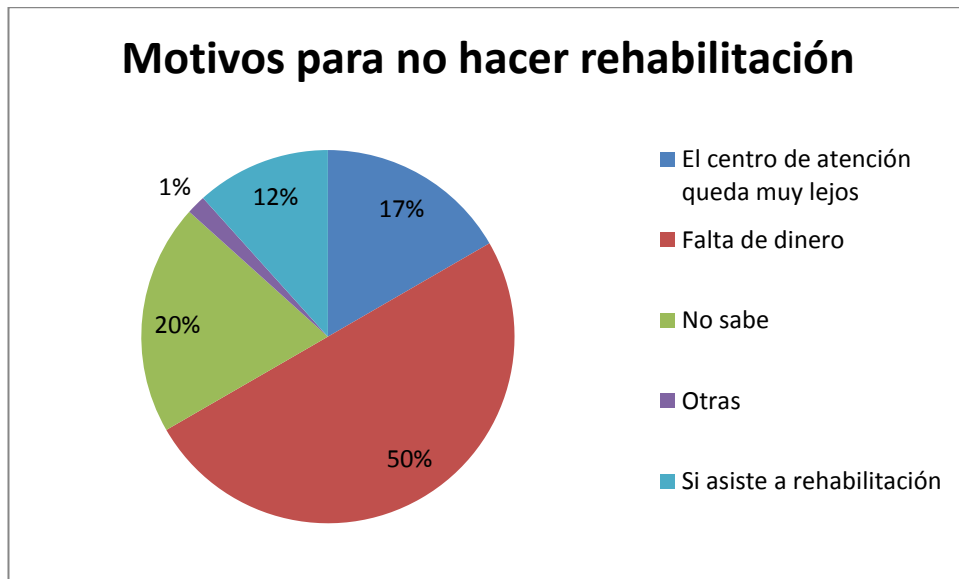
Gráfico 18 Rehabilitación



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Es importante mencionar que solamente el 12% de la muestra actualmente se encuentra haciendo rehabilitación. Y el 88% no realiza rehabilitación física adecuada.

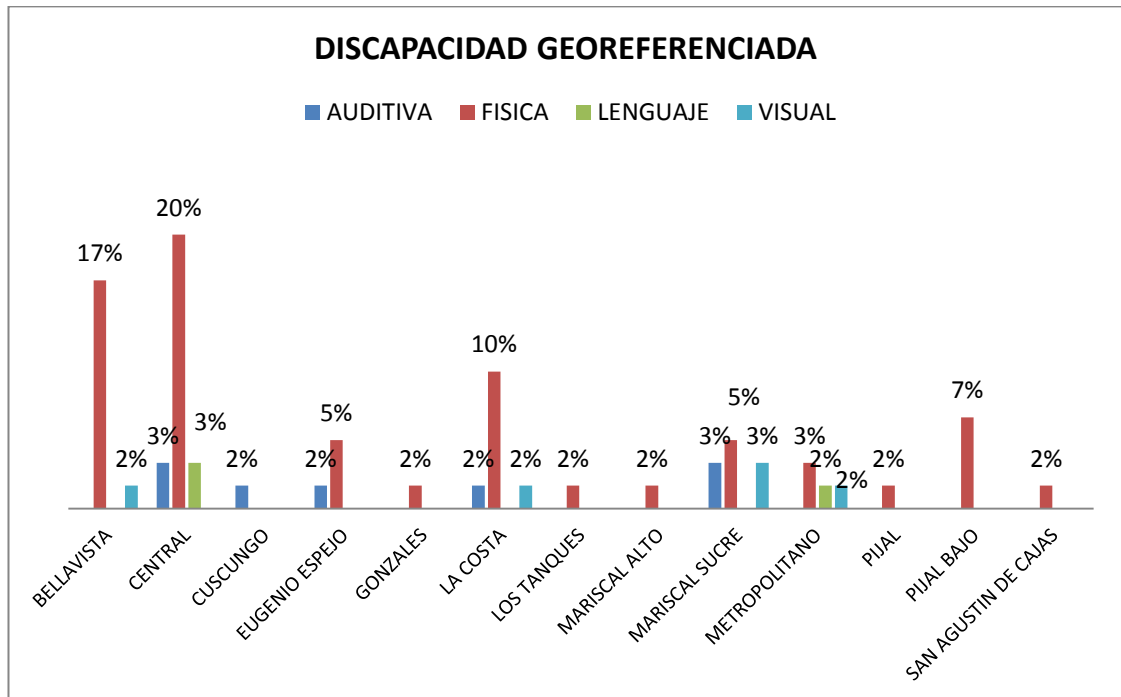
Gráfico 19 Motivos para no hacer rehabilitación



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

El motivo para no hacer rehabilitación en la mayoría de los casos es debido a la falta de dinero 50%, cabe recalcar que en los últimos años gracias a la acción del gobierno se ha mejorado, coberturas, y se han reducido las tasas de mortalidad por la falta de atención médica.

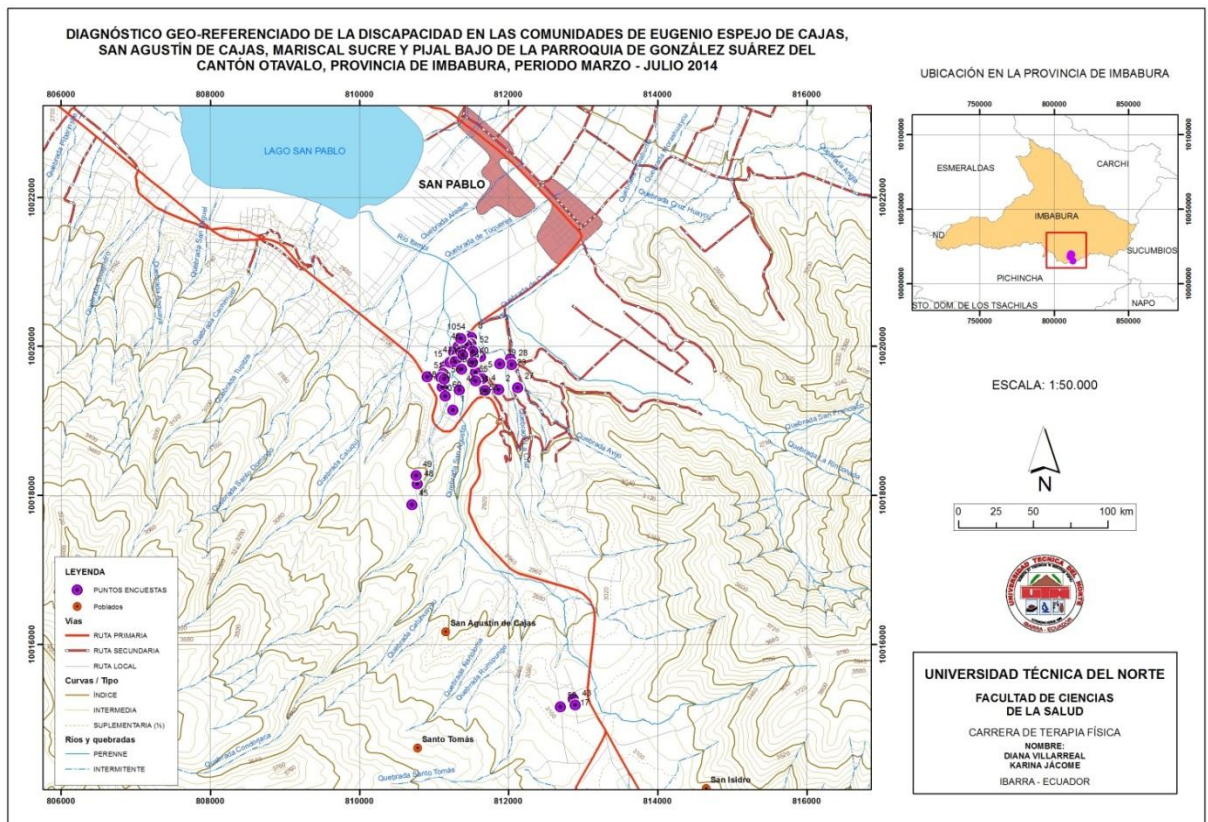
Gráfico 20 Discapacidad y georreferenciación (Ver Anexo Tabla 12)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

La discapacidad se presenta en la Parroquia Gonzáles Suárez así: La mayor prevalencia de discapacidad se da en la física (75%), Auditiva (12%), Visual (8%) y de lenguaje (5%).

Gráfico 21 Mapa y georreferenciación



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

4.2 Discusión de resultados

La discapacidad es uno de los problemas de salud que el mundo debe acoger para establecer políticas, estrategias que permitan garantizar la calidad de vida de estas personas.

Según cifras del CONADIS, en Ecuador hay 342.094 personas que padecen algún tipo de discapacidad física o intelectual. Las causas de discapacidad en el 64,4% de los menores de cinco años se relacionan con problemas hereditarios o congénitos y en el caso de la discapacidad física los accidentes elevan las cifras. (El Universo, 2012)

En Otavalo los datos del CONADIS con un corte con fecha mayo de 2013, evidencian que Otavalo es el segundo cantón con mayor prevalencia de discapacidad dentro de la provincia de Imbabura y la discapacidad que con mayor prevalencia se presenta es la física, seguida de la auditiva y de la intelectual.

Se realizó esta investigación en la población perteneciente a la Parroquia de Gonzáles Suárez que cuenta con 4750 personas distribuidas en las comunidades estudiadas (ver Cuadro 4). Y en esta investigación se identificó una muestra del 1,26% del total de la población de la parroquia que tiene discapacidad, que para el total de población es poco significativo. Y la comunidad más afectada en Gonzáles Suárez como cabecera (70%). Al ubicarse a esta comunidad como la más afectada se hace necesario identificar las variables que inciden en la discapacidad y se presentaron de la siguiente forma

La etiología de la discapacidad en la mayoría de los casos fue hereditaria en un 50% seguido de un evento prevenible es decir, por accidente de tránsito en un 28% y enfermedades laboral en 15%. El antecedente familiar está presente en la mitad de la muestra estudiada.

Si a esto se relaciona el factor de control médico, programas de salud, y medios preventivos por la policía y atención oportuna estas tasas de morbilidad bajarían.

En este estudio se encontró que el 75% de las personas tienen algún tipo de discapacidad física, seguido de una prevalencia del 12%, que tiene discapacidad auditiva, el 8% tiene discapacidad visual, y el 5% tiene discapacidad de lenguaje. Y de toda esta población discapacitada solo se encontró que el 32% está afiliado al Seguro Social. Los datos coinciden con el CONADIS máximo órgano regulador de las personas con discapacidad en el país. Considerando que la mayoría de la prevalencia de discapacidad es la física, las actividades de mayor afectación sea el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, por lo que las actividades que le impide a un ser humano desarrollar en el diario vivir es desplazarse, caminar, correr, hablar y comunicarse con las personas seguidamente.

En la muestra investigada cabe recalcar que la mayoría de personas pertenecen a una etnia mestiza con un 70%, dentro de las características sociales se identificó que la prevalencia de discapacidad se da mayoritariamente en el género masculino en un 60%, encontrando una muestra significativa en adultos mayores (65%) que tienen discapacidad.

Las barreras que impidieron desenvolverse en los aspectos de la vida diaria a las personas con discapacidad son en un 30% las escaleras, 22% al momento de utilizar vehículos públicos, 18% al momento de cruzar o caminar por las calles de dicha parroquia y en un 12% en el dormitorio. Situación no muy alejada de la realidad del país, en donde la cultura de inserción de los discapacitados a la sociedad está empezando, las calles se encuentran con rampas para discapacitados, sin embargo no en todas las áreas de la ciudad, los vehículos de transporte público dan preferencia tarifaria a los discapacitados, sin embargo no se cumple en su

totalidad, debido a que las personas con discapacidad física por su impedimento a acceder y hacer uso de los mismos.

La mayoría son mestizos, residen en el área urbana, la mayoría tiene primaria completa y hay igualdad de proporción entre los que son analfabetos y los que tiene estudios de bachillerato. La mitad de la población tiene un ingreso mensual a 100 dólares, la cuarta parte recibe entre 100 y un salario mínimo vital, pero también hay un porcentaje muy significativo que refiere no tener ningún tipo de ingreso, (18%).

El 86% de la población al momento de la encuesta no se encuentra trabajando, lo que arroja una tasa de desempleo del 86% dato muy relevante que está directamente relacionado con el dato anterior en donde el ingreso menor al (SMV), salario mínimo vital se da en el 75% de las personas. Un poco más de la mitad de la población si recibe ayuda del gobierno, y el apoyo mayoritario proviene del Bono de Desarrollo Humano en un 46.67% Y se debe considerar que hay una relación directamente proporcional entre la pobreza y la discapacidad, según un estudio realizado por: (Disability, poverty and development) Departamento para el Desarrollo Internacional de Gran Bretaña, señala que la discapacidad es causa y consecuencia de la pobreza como la pobreza es causa y consecuencia de la discapacidad, por lo tanto, las personas con discapacidad en situación de pobreza están cooptadas en un ciclo vicioso bidireccional. El reforzamiento entre las dos situaciones dificulta su superación, y tiene como principal consecuencia situar a las personas con discapacidad entre los más pobres de los pobres. (Altamar, 2013)

Se comprobó lo que menciona un reportaje de la World Health Organization (WHO, OMS, 2013) en donde evidencian que las personas con discapacidad reportan siempre más tasas de pobreza, mayor estadística de analfabetismo o de escolaridad baja, presentan problemas sanitarios, etc. Situación similar a la presentada en este estudio.

La Misión Manuela Espejo empezó a captar personas con discapacidad en el gobierno del vicepresidente Lenin Moreno, este programa inscribió, como un hito histórico, el Primer Estudio Biopsicosocial clínico y genético de las personas con discapacidad en el Ecuador, en su propio entorno familiar y social, teniendo en cuenta sus reales necesidades. El estudio tuvo un carácter masivo y profundizó la relación pobreza – discapacidad, que evidenció una realidad tradicionalmente invisibilizada; los datos obtenidos del estudio de 294 mil personas, sirvieron de base para la toma de decisiones y generación de políticas públicas que lograron la participación intersectorial y las respuestas rápidas e integrales que se requieren. Como respuesta inmediata del estudio nacional, se creó el Programa Manuela Espejo con el proyecto: Integración social y mejoramiento de la movilidad y autonomía de las personas con discapacidades que requieren prótesis y órtesis en el Ecuador, liderado por la Vicepresidencia de la República, hoy institucionalizado por la Secretaria Técnica de Discapacidades (SETEDIS). La cobertura de este programa se da en la parroquia de Gonzáles Suárez en el 11,67% de personas con discapacidad, lo que indica todavía una falta de coordinación y promoción, ya que deberían estar cubierta por lo menos el 90% de la población investigada y más aún cuando los datos socioeconómicos arrojaron una alta tasa de desempleo y de bajos ingresos.

Compensando la falta de cobertura del programa Manuela Espejo la mitad de la población recibe el Bono Solidario, sin embargo hay que considerar que su valor es poco significativo.

Solamente el 12% de la población realiza rehabilitación, lo que puede dar un indicio de problemas crónicos, que deben ser tratados en la medida de lo posible, considerando que La Fisioterapia es un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. "La Fisioterapia ocupa un lugar muy importante en la atención al paciente

con discapacidad. Por ello, debe ser un servicio esencial en centros de educación especial, hospitales o centros de salud", "El objetivo de la Fisioterapia es tratar de promover, mantener y aumentar el nivel de salud de las personas con discapacidad en todas las etapas de la vida, colaborar en la rehabilitación y habilitación de las personas con disfunciones somáticas y orgánicas, adaptándolas para su reinserción social, familiar y laboral. (Fundación BOBATH, 2013)

Si consideramos a la rehabilitación física un pilar fundamental para mantener la calidad de vida del paciente, como foco de prevención de complicaciones, como una estrategia de seguimiento al paciente, se deben buscar alternativas que permitan a ésta población llegar a la atención en salud.

Son pocos los estudios realizados en Ecuador, sin embargo el máximo órgano que regula a estas personas es el CONADIS, y siempre se encuentra realizando cohortes para identificar los cambios en las estadísticas de las prevalencias de los diferentes tipos de discapacidad, más sin embargo es importante identificar dentro de este grupo las características, las causas, los tratamientos, los problemas que ellos perciben, para conocer la realidad de los mismos y buscar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Otro estudio habla sobre las cifras de discapacidad (OMS, 2011); indicando que el número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población, las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por

las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. Al relacionar estos datos con el estudio realizado en estas comunidades se encontró similares etiologías, en donde el accidente fue una de las causas principales de haber desarrollado una discapacidad sobre todo de tipo física.

4.3 Respuestas a las preguntas de investigación

- **¿Cómo contribuir con la información técnica georreferenciada que permita localizar a las personas con discapacidad en la Parroquia de Gonzáles Suárez?**

Se realizó la investigación por medio de un dispositivo GPS, el cual es un sistema de navegación basado en satélites y funciona en cualquier condición climatológica, en cualquier lugar del mundo las 24 horas del día, permitiendo así identificar coordenadas: (x-y) y altitud de las viviendas ubicadas en las distintas comunidades de la parroquia de Gonzáles Suárez, pudiendo así encontrar la localización exacta de las personas discapacitadas.

- **¿Cuál es la prevalencia de cada tipo de discapacidad y su causa de las personas que se encuentran en las comunidades de Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas y Pijal Bajo de la Parroquia González Suárez?**

De los 4750 pobladores de la parroquia de González Suárez, la muestra encontrada es de 60 casos de discapacidad lo cual equivale al 1,26%, posteriormente se pudo identificar que hay una

prevalencia de discapacidad física del 75%, discapacidad auditiva con un 12%, discapacidad visual con el 8% y por último una discapacidad de lenguaje en un 5%. Las causas de mayor prevalencia según la muestra fueron antecedentes hereditarios en un 50%, seguida de un evento prevenible es decir que fue a causa de accidentes de tránsito en un 28%. Ya que con ayuda de dirigentes y del estado se podrá mejorar el estilo de vida.

- **¿Cuáles son las características sociales, económicas y de salud de las personas con discapacidad de la parroquia de González Suárez?**

La mayoría de las personas con discapacidad son adultos mayores 37%, el 18% de prevalencia de discapacidad se da en la personas que están dentro de la población económicamente activa 30 – 49 años, se encontró más hombres que mujeres. (60% y (40%), respectivamente. La mayoría son mestizos, residen en el área urbana, la mayoría tiene primaria completa y hay igualdad de proporción entre los que son analfabetos y los que tiene estudios de bachillerato.

La mitad de la población tiene un ingreso mensual a 100 dólares, la cuarta parte recibe entre 100 y un salario mínimo vital, pero también hay un porcentaje muy significativo que refiere no tener ningún tipo de ingreso, (18%).

El 86% de la población al momento de la encuesta no se encuentra trabajando, lo que arroja una tasa de desempleo del 86% y el ingreso menor al SMV se da en el 75% de las personas. Un poco más de la mitad de la población si recibe ayuda del gobierno, y el apoyo mayoritario proviene del Bono de Desarrollo Humano.

La cobertura de la Misión Manuela Espejo se da en la parroquia de Gonzáles Suárez en el 12% de personas con discapacidad, lo que indica todavía una falta de coordinación y promoción, ya que deberían estar cubierta por lo menos el 90% de la población investigada y más aún cuando los datos socioeconómicos arrojaron una alta tasa de desempleo y de bajos ingresos.

Compensando la falta de cobertura del programa Manuela Espejo la mitad de la población recibe el Bono Solidario, sin embargo hay que considerar que su valor es poco significativo.

En cuanto a condiciones de salud, el diagnóstico no fue oportuno en la mayoría de los casos, la rehabilitación solo se da en una minoría y la frecuencia de la misma es muy baja.

4.4 Conclusiones

- El comportamiento de la discapacidad en este sector estudiado indica una prevalencia poco significativa de discapacidad en relación al número total de la población que tiene toda la comunidad (1,26%).
- Se halló mayor prevalencia de discapacidad en la cabecera de la parroquia que es Gonzáles Suárez.
- Se encontró prevalencias de 75% de las personas con algún tipo de discapacidad física, seguido de una prevalencia del 12%, que tiene discapacidad auditiva, el 8% tiene discapacidad visual, y el 5% tiene discapacidad de lenguaje. Y como causa principal se encuentran los factores hereditarios seguidos de los accidentes.

- La incidencia de la discapacidad fue alta en la raza mestiza (70%), y en los adultos mayores (37%). Existe una alta tasa de analfabetismo en esta muestra de personas con discapacidad, identificando de esta forma el bajo índice de escolaridad. Se halló limitaciones en las determinantes sociales, económicas y de salud, fundamentadas en el bajo ingreso mensual que perciben, ya que el 50% percibe un ingreso menor a 100 dólares mensuales, 86% de desempleo. Además la clara zona de pobreza, se halla en el diagnóstico oportuno en casi toda la muestra, pero solamente el 12% de ellos realizan rehabilitación, por lo cual la Misión Manuela Espejo, el Bono de Desarrollo Humano ayudan a la inclusión con el objetivo de mejorar la calidad de vida, de los discapacitados.

4.5 Recomendaciones

- Al hallar un gran porcentaje de etiologías prevenibles como son los accidentes es importante reconocer que pueden dárseles seguimiento, y control médico oportuno. Lo que hace meritoria la prevención desde el cuidado prenatal y posnatal para la reducción de estas tasas. Sin embargo la otra mitad de la población al tener como etiología accidentes de hogar, laborales, de tránsito, etc. hace pensar en la falta de cuidado personal de estas personas.
- Se recomienda a los dirigentes de la comunidad buscar alianzas con la Policía Nacional, para que las barreras que dificultan a las personas con discapacidad sean menores en cuanto a tránsito.
- A los dirigentes de las comunidades y al Estado que permitan encontrar estrategias para seguir garantizando la calidad de vida y mejora de oportunidades sociales, económicas y de salud a las personas con discapacidad; partiendo del concepto de que todas

las personas somos iguales indistintamente del género, etnia, edad o condición.

- Se recomienda a la Universidad Técnica del Norte, que dé seguimiento a los macro proyectos emprendidos por las estudiantes de la carrera de Terapia Física ya que con ello dejamos una línea base de datos para siguientes investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Amate, A., & Vásquez, A. (2006). Discapacidad, lo que todos debemos saber. Washington D.C: OPS.

Carrión, E. (2010). Enciclopedia de la Vida, tomo III. Cuarta Edición. México, D. F.: Porrúa, Bruguera.

Crespo Toral, R. (2010). Normativas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades. Segunda Edición. Quito, Ecuador: CONADIS.

García, H. (2011). Estudio sobre la calidad de vida de las personas con gran discapacidad en la ciudad. Madrid.

Lambert, J. L. (2009). Introducción al retraso mental. Tercera edición. México: Herder.

Parra, R. (28 de OCTUBRE de 2013). Grados de discapacidad desde una aproximación teórica. Vivir con discapacidad .

Rivandeneira Zambrano, M. A. (2009). Guía para el entrenamiento ocupacional de niños y jóvenes con discapacidad. Segunda Edición. Quito, Ecuador: INFA.

CEPAL. (12 de 2012). Discapacidad en América Latina y el Caribe, desafíos para las políticas públicas. Recuperado el 11 de 06 de 2014, de <http://www.cepal.org/notas/74/Titulares2.html>

AAINNE. (2013). Iniciativas Solidarias, en. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de <http://www.risolidaria.org.pe/general>

Altamar, P. (06 de 11 de 2013). DISEÑO DEL PILOTO MÁS FAMILIAS EN ACCIÓN Y DISCAPACIDAD. Recuperado el 17 de 08 de 2014, de http://www.dps.gov.co/documentos/8801_DOT5_Piloto_discapacidad.pdf

Aparicio, J. M. (2010). Espina bífida. Recuperado el 01 de 08 de 2014, de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18-espina.pdf>

atendiendo necesidades.blogspot.com. (2012). Discapacidades: tipos. Recuperado el 12 de 05 de 2014, de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

blogspot.com. (02 de 06 de 2013). Clasificaciones generales de discapacidad. Recuperado el 21 de 07 de 2014, de <http://psicologiaexcepcionalidad.blogspot.com/2011/07/clasificacion-general-de-discapacidades.html>

CALDERÓN, V. H. (16 de 03 de 2009). El niño con discapacidad en el Ecuador. Diario el Universo , pág. 8.

Calvete Oña, A. (2012). Tipos y grados de discapacidad. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398047&_dad=portal300&_schema=PORTAL30

Castañeda, A., Campa, L., & Ruiz, L. (2009). Discapacidad motriz. Recuperado el 09 de 04 de 2014, de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffelisaee.files.wordpress.com%2F2013%2F04%2Fdiscapacidad-motriz-y-fc3adsica.pptx&ei=dPQBVJeDLczxgWTdwlCwCQ&usg=AFQjCNGaWo-YnoYNo1gxkOEEQliJGIDgqw&bvm=bv.7411597>

Christopher y Dana Reeve Foundation. (2013). Parálisis cerebral. Recuperado el 05 de 05 de 2014, de <http://www.christopherreeve.org/atf/cf/%7Bf94b00e6-d099-4296-9544-1926c81d749a%7D/PAR%C3%81LISIS%20CEREBRAL.PDF>

CONADIS. (2010). Normas e instructivo CONADIS. Quito, Ecuador: Conadis.

CONADIS. (05 de 2013). Registro Nacional de Discapacidades. Recuperado el 20 de 06 de 2014, de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf

Consejo Nacional de fomento Educativo. (2010). Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica para discapacidad visual. Recuperado el 20 de 07 de 2014, de <http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-visual.pdf>

Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2010). Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. Recuperado el 8 de Enero de 2014, de www.conadis.gob.ec

Definición de.com. (2008). Discapacidad. Recuperado el 10 de 08 de 2014, de <http://definicion.de/discapacidad/>

definición de.com. (2008). Hipoacusia. Recuperado el 13 de 09 de 2014, de <http://definicion.de/hipoacusia/>

discapacidadcolombia.com. (s/f). Recuperado el 11 de 04 de 2014, de <http://discapacidadcolombia.com/archivos/discapacidadmental.pdf>

discapnet.com. (2009). Disonía muscular. Recuperado el 03 de 06 de 2014, de <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Motor/Distonia/Paginas/Descripcion.aspx>

El Universo. (04 de 12 de 2012). Las causas de discapacidad. Recuperado el 05 de 06 de 2014, de <http://www.eluniverso.com/2012/12/04/1/1364/causas-discapacidad.html>

Fundación BOBATH. (2013). Fisioterapia necesaria para Personas con Discapacidad. Recuperado el 29 de 07 de 2014, de <http://www.fundacionbobath.org/index.php/noticias/noticias-de-interes/discapacidad/70-fisioterapia-necesaria-para-personas-con-discapacidad>

Gobierno de la República del Ecuador. (13 de 06 de 2013). EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR Y LA TRANSFORMACION INTERESAN A ACADEMICOS INTERNACIONALES. Recuperado el 09 de 09 de 2014, de <http://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-del-buen-vivir-y-transformacion-del-estado-interesa-academicos-internacionales/>

Gobierno del Nuevo Estado de León, México. (2009). Qué es la discapacidad. Recuperado el 12 de 09 de 2014, de http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad

Gobierno Descentralizado de Gonzales Suárez. (2012). Plan de Desarrollo Organizacional de la Parroquia Gonzales Suárez. Otavalo.

Góngora, D., Toscano, M., & Zamponi, M. (2012). Necesidades educativas especiales. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://needucativas.galeon.com/Paginas/Discapacidad_Mul.htm

GÓNGORA, D., TOSCANO, M., & ZAMPONI, M. (2012). Necesidades educativas especiales. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://needucativas.galeon.com/Paginas/Discapacidad_Mul.htm

Horenstein, M., & Gillio, F. (2010). Espina bífida. Recuperado el 05 de 05 de 2014, de http://saumb.org.ar/revista/12-2010/epigrafe_rev4_2010.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2011). Orientaciones pedagógicas para la atención y promoción de la inclusión de niños y niñas menores de seis años con discapacidad cognitiva. Recuperado el 20 de 07 de 2014, de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Editoriales1/CARTILLA-COGNITIVA-7.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). INEC. Recuperado el 8 de Enero de 2014, de www.inec.gob.ec

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y accidentes cerebrovasculares. (2002). Esclerosis múltiples, esperanza en la investigación. Recuperado el 05 de 05 de 2014, de http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/span_esclerosis.pdf

Junta de Andalucía. (2010). Discapacidad. Recuperado el 29 de 04 de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/index.html>

MADRILEÑA, H. (02 de DICIEMBRE de 2013). DISCAPACIDAD FISICA. DEFINICION Y TIPOS DE DISCAPACIDAD FISICA E INTELECTUAL , <http://www.hermandadmadriena.es/blog/definicion-tipos-de-discapacidades/>.

Maigua, N., & Yamberla, C. (07 de 2012). "ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE LA CAJA SOLIDARIA PARA LA ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO EN LA PARROQUIA DE ILUMÁN, CANTÓN OTAVALO". Recuperado el 13 de 08 de 2014, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1587/1/Tesis%20Carmen%20Yamberla-%20Nelly%20maigua.pdf>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (22 de 01 de 2014). Propuesta de atención integral para personas con discapacidad. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2010). Guía clínica esclerosis múltiple. Recuperado el 05 de 05 de 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/95542bbbc251eeb8e04001011f01678c.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Manual de prevención y tratamiento de riesgos de discapacidades en peri neonatología. Quito, Ecuador: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (29 de 05 de 2013). OMS aprueba resolución sobre discapacidad promovida por el Ecuador. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de ww.salud.gob.ec/tag/ecuador-discapacidades/

NICHCY. (2010). Discapacidades intelectuales. Recuperado el 12 de 03 de 2014, de <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/spanish/fs8sp.pdf>

NINDS. (01 de 2004). Disonías. Recuperado el 01 de 06 de 2014, de http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las_distonias.htm

OMS. (09 de 2013). Discapacidad y salud. Recuperado el 15 de 07 de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

OMS, O. M. (2009). Epidemiología. Recuperado el 15 de 05 de 2014, de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud. (09 de 06 de 2011). Discapacidad. Recuperado el 02 de 10 de 2014, de Informe Mundial sobre la discapacidad: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud. (09 de 2013). Discapacidad y Salud. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad. Malta: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Planificación de Servicios de Salud en América Latina. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

Palomero, C. (s/f). Parálisis cerebral y uso de baclofeno. Recuperado el 10 de 06 de 2014, de <http://www.nineas.cl/documentos/paralisis.pdf>

Parra Moreno, J. (2012). Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: Acceso y Calidad. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de [http://www.academia.edu/1458602/La_declaracion_de-Salamanca_sobre_necesidades_educativas_especiales_10_anos_despu es_Valoracion_y_prospectiva](http://www.academia.edu/1458602/La_declaracion_de-Salamanca_sobre_necesidades_educativas_especiales_10_anos_despu_es_Valoracion_y_prospectiva)

PARRA MORENO, J. (2012). Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: Acceso y Calidad. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de http://www.academia.edu/1458602/La_declaracion_de-Salamanca_sobre_necesidades_educativas_especiales_10_anos_despu es_Valoracion_y_prospectiva

Poo, P. (2008). Parálisis cerebral. Recuperado el 01 de 07 de 2014, de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>

Sierra, O. (2012). Atendiendo necesidades. Recuperado el 01 de 10 de 2014, de Discapacidad: tipos y características: <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

Sierra, O. (2012). atendiendo necesidades. blogspot. Recuperado el 10 de 10 de 2014, de Discapacidad tipos y características: <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

Spanish news.cn. (04 de 12 de 2010). Estudio identifica a 294.000 discapacitados en Ecuador. Recuperado el 23 de 06 de 2014, de http://spanish.news.cn/salud/2010-12/04/c_13634838.htm

spanish.news. (04 de 12 de 2010). Estudio identifica a 294.000 discapacitados en Ecuador. Recuperado el 21 de 06 de 2014, de http://spanish.news.cn/salud/2010-12/04/c_13634838.htm

wikipedia. (2013). Recuperado el 09 de 10 de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa_Internacional_de_las_Personas_con_Discapacidad

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta aplicada a la muestra de personas con discapacidad



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

TEMA: Diagnóstico Georreferenciado de la discapacidad.

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

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

que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?	Vecinos
	Funcionarios, empleados
	Otras personas
28. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?	Dormitorio
	Sala - comedor
	Baño - sanitario
	Escaleras
	Pasillos-patios
	Andenes, aceras
	Calles, vías
	Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
	Paraderos, terminales de transporte
	Vehículos de transporte público
	Centros educativos
	Lugares de trabajo
	Centros de salud, hospitales
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	
Instituciones públicas	
Otros	
29. ¿Tiene servicios básicos a su nombre?	
30. ¿Tiene subsidio en los servicios básicos?	
31. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente	Medios escritos
	Radio
	Televisión
	Teléfono
	Internet
32. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?	
33. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:	
34. Enfermedad profesional por:	
35. Por consumo de psicoactivos:	
36. Desastres naturales:	
37. Por accidente:	
38. Como víctima de violencia:	
39. Del conflicto armado por:	
40. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:	
41. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?	
42. ¿En cuál país adquirió la discapacidad?	
43. ¿En cuál provincia adquirió la discapacidad?	
44. ¿En cuál ciudad adquirió la discapacidad?	
45. ¿Está afiliado a?	

	46. ¿Cuál es el tipo de afiliación?
	47. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?
	48. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
	49. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?
	50. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	51. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	52. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?
	53. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?
	54. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?
	55. ¿Se está recuperando de su discapacidad?
	56. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?
	57. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?
	Medicina física y de rehabilitación Fisiatría
	Psiquiatría
	Fisioterapia
	Fonoaudiología
	Terapia ocupacional
	Optometría
	Psicología
	Trabajo social
	Medicamentos permanentes
	Otro tipo de rehabilitación
	58. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
	59. ¿Quién paga la rehabilitación?
	60. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:
	61. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?
	62. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
	63. ¿Sabe si el cantón cuenta con servicios de rehabilitación?
	64. ¿Cuántos servicios de rehabilitación hay?
	65. ¿Qué tiempo duraba la rehabilitación? (en horas a la semana)
EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	66. ¿Sabe leer y escribir?
	67. El establecimiento en donde estudia, es:
	68. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:
	Pedagógicos
	Tecnológicos
	Terapéuticos
	69. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
70. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?	
71. ¿Usted aprobó?	
	Preescolar

		Básica
		Bachillerato
		Superior
		Postgrado
	72. ¿Hace cuántos años dejó de estudiar?	
	73. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?	
	74. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?	
	75. Participa en actividades:	Con la familia y amigos
		Con la comunidad
		Religiosas o espirituales
		Productivas
		Productivas
		Deportivas o de recreación
		Culturales
		Educación no formal
		Ciudadanas
		Otras
	76. ¿Actualmente participa en alguna organización?	
	77. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:	
	78. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?	
TRABAJO	79. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:	
	80. Usted tiene contrato de trabajo:	
	81. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:	
	82. En el trabajo se desempeña como:	
	83. ¿Quién es el que mantiene el hogar?	
	84. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?	
	85. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?	
	86. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?	
	87. ¿Dónde recibió la capacitación?	
	88. Necesita capacitación para:	
DATOS DEL ENCUESTADOR	89. Nombre	
	90. Fecha	
	91. Sector	

ANEXO 2. CERTIFICACIONES

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA APLICADA

La encuesta utilizada en este 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 Medica, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte en el mes de Febrero del año 2014 y revisado por expertos en Discapacidad, y que se aplicó en las comunidades investigadas.


ANEXO 3. RESUMEN CERTIFICADO POR EL CAI

ABSTRACT

This Georeferenced diagnosis of disability is identified in the Mariscal Sucre, San Agustín de Cajas, Eugenio Espejo de Cajas and the Pijal communities of the Gonzales Suarez Otavalo Region pertaining to the Imbabura Province. The study took place from March to July 2014. The main objective was to locate people with disabilities by identifying socio-demographic characteristics, treatments and obstacles that people with disabilities deal with. It is a descriptive, explanatory, exploratory, correlational and cross-sectional study, research and action were applied, and a qualitative method was also used. We found sixty individuals in these communities. We used a survey mechanism named: "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" that was approved by experts from the Universidad Tecnica Del Norte. A majority prevalence of physical nervous system problems, hearing and visual impairment was identified, similar to the current CONADIS data. Higher prevalence of disability was found in the Central District, followed by Bellavista and La Costa neighborhoods. Within the disabilities diagnosed the most prevalent was physical with a 75% average. At 11.67% was the hearing impairment and finally the visually impaired at 8.33%. Language disability was at 5%. When correlating disability with gender, it was discovered that men make the highest prevalence of disabilities in these communities and that makes a difference of 20 points over women, corroborated with CONADIS information. High underemployment rates were present in addition to social, economic and health limitations founded on low income earned, the noticeable poverty, low school attendance, and lack of information given by community leaders related with social programs offered by the government.

Keywords: diagnosis, disability, prevalence, gender.


19-02-2015


checked by Daniel
Cuzco



ANEXO 4 GPS

Nro	GPS		
	x	y	Altura
2	811259	10019148	2734
39	811873	10019421	2701
57	811137	10019665	2710
62	811681	10019428	2780
83	811638	10019602	2751
88	811398	10019866	2716
96	811340	10020010	2720
121	811506	10020129	2696
134	811281	10019803	2711
151	811369	10020111	2708
175	811330	10020007	2711
177	811495	10020037	2707
203	811152	10019702	2710
279	811174	10019471	2727
302	811145	10019724	2709
309	811172	10019747	2709
327	811137	10019685	2711
360	812875	10015272	3064
362	811125	10019640	2710
378	811370	10019911	2712
388	811328	10020002	2709
402	811448	10020051	2704
444	811364	10019944	2709
530	812029	10019836	2686
547	811217	10019787	2711
594	811565	10019656	2744
599	811268	10019929	2712
622	812127	10019450	2727
623	812047	10019760	2709
635	811560	10019540	2747
638	811116	10019458	2723
643	811626	10019864	2711
657	811506	10020124	2695
667	811501	10020038	2707
689	811568	10019937	2709
708	811534	10019885	2718
760	811311	10019894	2709
805	811328	10020003	2709
809	811687	10019413	2772
815	811888	10019769	2689
834	811522	10019791	2724
843	811283	10019808	2712
863	811363	10019938	2709
889	812899	10015192	2076
892	811287	10019800	2706
922	810709	10017877	2852
947	811443	10020027	2711
949	805722	10027207	2668

980	810780	10018156	2832
1043	810763	10018269	2228
1049	811096	10019593	2721
1053	810911	10019596	2727
1056	811525	10019939	2712
1082	811649	10019570	2762
1084	811364	10020111	2706
1096	811563	10019542	2746
1114	811143	10019566	2722
1115	811376	10019699	2721
1122	811391	10019888	2713
1127	812703	10015163	3088

ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1 Características sociodemográficas

Rango de edad	Frec. Porc.	
< 5 AÑOS	1	1,67%
> 65 AÑOS	22	36,67%
15 - 18 AÑOS	2	3,33%
19 - 29 AÑOS	10	16,67%
30 - 49 AÑOS	11	18,33%
50 - 64 AÑOS	7	11,67%
6 - 14 AÑOS	7	11,67%
Total	60	100,00%
Género	Frec. Porc.	
Femenino	24	40,00%
Masculino	36	60,00%
Total	60	100,00%
Autopercepción de etnia	Frec. Porc.	
Afroamericano	0	0%
Indígena	18	30%
Mestizo	42	70%
Total	60	100%
Área	Frec. Porc.	
Rural	22	36,67%
Urbana	38	63,33%
Total	60	100,00%
Escolaridad	Frec. Porc.	
Analfabetos	18	30%
Alfabetizados	7	11,6%
Escuela	23	38,33%
Bachillerato	11	18,33%
Superior	1	1,66%
Total	60	100%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 2. Disponibilidad de servicios básicos

Alcantarillado	Frec. Porc.	
No	7	11,67%
Si	53	88,33%
Total	60	100,00%
Energía eléctrica	Frec. Porc.	
No	2	3,33%
Si	58	96,67%
Total	60	100,00%
Teléfono	Frec. Porc.	
No	32	53,33%
Si	28	46,67%
Total	60	100,00%
Recolección de basura	Frec. Porc.	
No	7	11,67%
Si	53	88,33%
Total	60	100,00%
Agua potable	Frec. Porc.	
No	7	11,67%
Si	53	88,33%
Total	60	100,00%
Vivienda	Frec. Porc.	
Arriendo o subarriendo	6	10,00%
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	20	33,33%
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	1	1,67%
Vivienda propia totalmente pagada	28	46,67%
Vivienda propia y la está pagando	5	8,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 3. Datos socioeconómicos y situación laboral

Ingreso mensual	Frec.	Porc.
0-100 usd	30	50,00%
100-350 usd	14	23,33%
350-700	5	8,33%
No tiene ingreso mensual	11	18,33%
Total	60	100,00%

actividad laboral	Frec.	Porc.
Empleado(a) doméstico(a)	3	5,00%
Jornalero o peón	1	1,67%
No está trabajando	52	86,67%
Obrero - empleado particular	1	1,67%
Patrón o empleador	1	1,67%
Trabajador por cuenta propia	2	3,33%
Total	60	100,00%

Ayuda del gobierno	Frec.	Porc.
No	27	45,00%
Si	33	55,00%
Total	60	100,00%

Bono del desarrollo humano	Frec.	Porc.
No	32	53,33%
Si	28	46,67%
Total	60	100,00%

Misión Manuela Espejo	Frec.	Porc.
No	53	88,33%
Si	7	11,67%
Total	60	100,00%

Bono Joaquín Gallegos	Frec.	Porc.
No	59	98,33%
Si	1	1,67%
Total	60	100,00%

Subsidio en los servicios básicos	Frec.	Porc.
No	44	73,33%
Si	16	26,67%
Total	60	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 4 Etiología de la discapacidad

Causa de la discapacidad como enfermedad profesional	Frec.	Porc.
Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	2	3,33%
Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)	2	3,33%
Medio ambiente físico del lugar de trabajo	5	8,33%
No es por enfermedad profesional	49	81,67%
Otra causa	2	3,33%
Total	60	100,00%
Causa de la discapacidad por consumo de psicoactivos		
No es por consumo de psicoactivos	59	98,33%
Psicoactivos aceptados socialmente	1	1,67%
Total	60	100,00%
Causa de la discapacidad por accidente		
De trabajo	4	6,67%
De tránsito	10	16,67%
En el hogar	2	3,33%
No es por accidente	43	71,67%
Otro tipo de accidente	1	1,67%
Total	60	100,00%
Causa de la discapacidad por ser víctima de violencia		
No fue víctima de violencia	59	98,33%
Social	1	1,67%
Total	60	100,00%
Antecedentes hereditarios		
	Frec.	Porc.
No	30	50,00%
No está seguro	1	1,67%
Si	29	48,33%
Total	60	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 5 Tipos de discapacidad

Tipo de discapacidad	Frec.	Porc.
Discapacidad física	45	70%
Discapacidad de lenguaje	3	5%
Discapacidad auditiva	7	11,66%
Discapacidad visual	5	8,33%
Total	60	100%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 6 Discapacidad según género

Discapacidad	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lenguaje	2	3,33%	1	1,66%	3	5%
Física	17	28,33%	28	46,66%	45	75%
Auditiva	3	5%	4	6,66%	7	11,66%
Visual	2	3,33%	3	5%	5	8,33%
Total	24	40,00	36	60,00	60	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 7 Situaciones en las que se ven más afectadas las personas con discapacidad

Actividad que más se ve afectada	Frec.	Porc.
Pensar, memorizar	3	5,00%
Percibir luz	3	5,0%
Oír	12	20,00%
Distinguir sabores	4	6,67%
Hablar, comunicarse	17	28,33%
Desplazarse	3	5,00%
Masticar	0	0%
Retener orina	0	0%
Caminar o correr	33	55,00%
Relacionarse con los demás	2	3,33%

Llevar objetos	12	20,00%
Cambiar posiciones	9	15,00%
Alimentarse y asearse	9	15,00%
otras	2	3,33%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 8 Actividades más afectadas según discapacidad

Discapacidad	DIFICULTAD PARA CAMINAR		DIFICULTAD PARA HABLAR		DIFICULTAD PARA MOVER OBJETOS		DIFICULTAD PARA OIR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
auditiva	3	9,09	2	11,76	0	0,00	5	41,67
física	28	84,85	11	64,71	12	100,00	5	41,67
lenguaje	0	0,00	3	17,65	0	0,00	2	16,67
visual	2	6,06	1	5,88	0	0,00	0	0,00
TOTAL	33	100,00	17	100,00	12	100,00	12	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 9 Lugares donde encuentran problemas las personas con discapacidad

Lugares con barreras	Frec.	Porc.
Dormitorio	7	11,66%
Sala comedor	3	5%
Baño	4	6,66%
Escaleras	18	30%
Pasillos – patios	6	10%
Andenes – aceras	5	8,33%
Calles – vías	11	18,33%
Parque, plazas, estadios, teatros, iglesias	9	15%
Paraderos	5	8,33%
Vehículos	13	21,66%
Centros educativos	3	5%
Lugares de trabajo	1	1,66%
Centros de salud, hospitales	4	6,66%

Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	1	1,66%
Instituciones públicas	1	1,66%
Otros	5	8,33%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 10 Barreras encontradas según discapacidad

discapacidad	BARRERAS EN CALLES		BARRERAS EN ESCALERAS		BARRERAS EN VEHICULOS		BARRERAS EN DORMITORIOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
auditiva	0	0,00	0	0,00	2	15,38	1	14,29
física	10	90,91	16	88,89	10	76,92	6	85,71
lenguaje	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0	0,00
visual	1	9,09	2	11,11	0	0,00	0	0,00
TOTAL	11	100,00	18	100,00	13	100,00	7	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 11. Diagnóstico, tratamiento

Diagnóstico oportuno	Frec.	Porc.
No	19	31,67%
Si	41	68,33%
Total	60	100,00%
Tratamiento con ayuda terapéuticos	Frec.	Porc.
No	15	25%
Si	45	75%
Total	60	100%
Percepción de uso de ayuda terapéuticas	Frec.	Porc.
No	27	45%
Si	33	55%
Total	60	100%
Autopercepción de recuperación	Frec.	Porc.
No	41	68,33%

Si	19	31,67%
Total	60	100,00%
Motivo de recuperación		
No sabe	14	23,33%
A los servicios de salud y rehabilitación recibidos	5	8,33%
No se está recuperando	41	68,33%
Total		
Tratamientos adyacentes		
Medicina física	18	30,00%
Psiquiatría	0	0%
Fisioterapia	15	25,00%
Fonoaudiología	0	0%
Terapia ocupacional	5	8,33%
Optometría	1	1,67%
Psicología	0	0%
Trabajo social	0	0%
Medicamentos	14	23,33%
Rehabilitación actualmente		
No	53	88,33%
Si	7	11,67%
Total	60	100,00%
Lugar donde realiza rehabilitación		
Público	7	11,67%
No hace rehabilitación	53	88,33%
Total		
Motivos para no hacer rehabilitación		
El centro de atención queda muy lejos	10	16,66%
Falta de dinero	30	50%
No sabe	12	20%
Otras	1	1,66%
Si asiste a rehabilitación	7	11,67%
Total	60	100
Años sin rehabilitación		
0 – 10 años	36	67,92
11 – 20 años	5	9,43
21 – 40 años	6	11,32
41 – 80 años	6	11,32
Total	53	100,00

Horas de rehabilitación / semana	Frec.	Porc.
0	53	88,33
1 – 5 horas/semana	2	3,33
20 horas /semana	2	3,33
> 20 horas / semana	3	5,00
Total	60	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

Tabla 12 Discapacidad y georreferenciación

BARRIO	DISCAPACIDAD									
	AUDITIVA		FISICA		LENGUAJE		VISUAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BELLAVISTA	0	0,00	10	16,67	0	0,00	1	1,67	11	18,33
CENTRAL	2	3,33	12	20,00	2	3,33	0	0,00	16	26,67
CUSCUNGO	1	1,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,67
EUGENIO ESPEJO	1	1,67	3	5,00	0	0,00	0	0,00	4	6,67
GONZALES	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	1,67
LA COSTA	1	1,67	6	10,00	0	0,00	1	1,67	8	13,33
LOS TANQUES	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	1,67
MARISCAL ALTO	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	1,67
MARISCAL SUCRE	2	3,33	3	5,00	0	0,00	2	3,33	7	11,67
METROPOLITANO	0	0,00	2	3,33	1	1,67	1	1,67	4	6,67
PIJAL	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	1,67
PIJAL BAJO	0	0,00	4	6,67	0	0,00	0	0,00	4	6,67
SAN AGUSTIN DE CAJAS	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	1,67
TOTAL	7	11,67	45	75,00	3	5,00	5	8,33	60	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de la discapacidad
 Autoras: Jácome, Karina; Villarreal, Diana

ANEXO 6. GUÍA DE OBSERVACIÓN

Lugar:				
Georreferenciación:		Ubicación:		
Fecha:				
Objetivo:	Identificar las deficiencias visuales en las personas con discapacidad.			
Lista de cotejo	Excelente	Bueno	regular	deficiente
Vivienda (Adecuada higiénica)				
Disponibilidad de servicios básicos				
Uso de prótesis				
Colaboración de la persona con discapacidad				
Escucha?				
Habla?				
Camina?				
Oye?				
Entiende?				
Correlación entre datos socioeconómicos y lo que se observa				
Conformidad con la encuesta				

Fuente: Martínez, Luis Alejandro, (2007) La Observación y el Diario de Campo en la Definición de un Tema de Investigación. Disponible en: ulibertadores.edu.co:8089/recursos_user/documentos/editores/7118/9%20La%20observaci%F3n%20y%20el%20diario%20de%20Campo%20en%20la%20Definici%F3n%20de%20un%20Tema%20de%20Investigaci%F3n.pdf

ANEXO 7. FOTOS RELATORIAS



En la cabecera de González Suárez con un paciente identificado.



Con una paciente identificada con ayudas terapéuticas.



En el parroquia de González con un paciente.



En la comunidad de Pijal



En la comunidad de Pijal.



Aplicación del GPS



Aplicación de la encuesta



Caminando con el apoyo de las estudiantes en Eugenio Espejo de Cajas.

