



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

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

TEMA:

**DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA
COMUNIDAD ILUMÁN BAJO, PINSAQUÍ, SAN LUIS DE AGUALONGO,
ÁNGEL PAMBA, CARABUELA, JAHUAPAMBA, ILUMÁN ALTO, Y SINSI
UCO DEL CANTÓN OTAVALO**

AUTORAS:

**JOHANNA PATRICIA GUERRÓN SANCHEZ
SELENE PATRICIA TERÁN PONCE**

DIRECTOR DE TESIS:

ING. ALAN ROGER PROAÑO ROSERO

IBARRA - ECUADOR

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS:

Yo, Ing. Alan Proaño en calidad de director de la tesis titulada: DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD ILUMÁN BAJO, PINSAQUÍ, SAN LUIS DE AGUALONGO, ÁNGEL PAMBA, CARABUELA, JAHUAPAMBA, ILUMÁN ALTO, Y SINSI UCO DEL CANTÓN OTAVALO., de autoría de JOHANNA GUERRÓN Y SELENE TERÁN. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



Ing. Alan Proaño
C.I 1003101852



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:	171963055-8
APELLIDOS Y NOMBRES:	SELENE PATRICIA TERÁN PONCE
DIRECCIÓN:	SALINAS Y TEODORO
EMAIL:	selelu_53@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2953883 099526152-0

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	060462421-3
APELLIDOS Y NOMBRES:	JOHANNA PATRICIA GUERRÓN SÁNCHEZ
DIRECCIÓN:	AV. EL RETORNO. 3-35 Y PRINCESA PACCHA
EMAIL:	girl_johp3@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2609388 09959741143

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DIAGNÓSTICO GEORREFERENCIADO DE LA DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD ILUMÁN BAJO, PINSAQUÍ, SAN LUIS DE AGUALONGO, ÁNGEL PAMBA, CARABUELA, JAHUAPAMBA, ILUMÁN ALTO, Y SINSI UCO DEL CANTÓN OTAVALO
AUTORAS:	Guerrón, Johanna; Terán, Selene
FECHA:	2015/05/07
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física Médica

DIRECTOR DE TESIS:	Ing. Alan Proaño
---------------------------	------------------

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Johanna Guerrón con cédula Nro. 060462421-3, y yo Selene Terán con cédula Nro. 171963055-8 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.

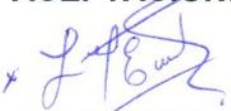
Ibarra, a los 07 días del mes de Mayo de 2015

LAS AUTORAS:

FIRMA: 
Nombre: Johanna Guerrón
C.I 060462421-3

FIRMA: 
Nombre: Selene Terán
C.I 171963055-8

ACEPTACIÓN:



Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



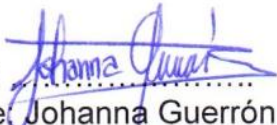
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE


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

Yo, Johanna Guerrón con cédula Nro. 060462421-3, y yo Selene Terán con cédula Nro. 171963055-8 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 LA COMUNIDAD ILUMÁN BAJO, PINSAQUÍ, SAN LUIS DE AGUALONGO, ÁNGEL PAMBA, CARABUELA, JAHUAPAMBA, ILUMÁN ALTO, Y SINSI UCO DEL CANTÓN OTAVALO**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 07 días del mes de Mayo de 2015

LAS AUTORAS:

FIRMA: 
Nombre: Johanna Guerrón
C.I 060462421-3

FIRMA: 
Nombre: Selene Terán
C.I 171963055-8

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino darme fuerzas para seguir adelante y no decaer en las dificultades que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la fuerza y ganas de luchar

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy

Para mis padres por su apoyo, consejos, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores y virtudes

Y a mis hermanos que son parte de mi vida porque siempre estuvieron presentes con un consejo y un empujón para seguir adelante.

Johanna

A Dios por su amor infinito, por darme las fuerzas y perseverancia para culminar mi carrera. A mis Padres, Patricio y Patricia por su entrega y sacrificio, por haberme guiado por el camino que me ha traído hasta este día.

A mis Hermanas, María Belén y María Fernanda, por haberme acompañado en los momentos más difíciles, en las noches más largas de estudio con su cariño y sus risas.

A mi Sobrino Samuel, porque su llegada llenó mis días de felicidad.

A ustedes que, por su paciencia, apoyo y amor he podido culminar mis estudios.

Selene

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer estas palabras quiero darles las gracias por formar parte de mí y Por todo lo que me han brindado.

A Dios por estar conmigo ante todo obstáculo, haberme guiado a lo largo de mi carrera y de mi vida, ser mi fortaleza para seguir adelante en esos momentos de impotencia y por brindarme una vida llena de retos, aprendizaje, experiencias, bendiciones y sobre todo de felicidad.

A mis padres Patricio y Marlene por la confianza que depositaron en mí, apoyándome en todo momento, brindándome la oportunidad de tener una buena educación, por demostrarme que todo sacrificio es recompensado, y recordarles que fue de gran ayuda ver su ejemplo de lucha.

A mis hermanos Diego y Cinthya por formar parte importante de mi vida, por haber sido mi fuerza, darme su apoyo incondicional, y estar presentes en los momentos de dificultad

A mi enamorado Luis Andrés por ser mi pilar fundamental, porque a sabido apoyarme para continuar y a compartido conmigo en las alegrías y penas, demostrándome que puedo contar y confiar en él.

A mis profesores no solo universitarios sino durante toda mi vida, que aportaron con sus conocimientos y sabiduría y fueron parte importante en esta etapa, y a la Universidad Técnica del Norte por abrirme sus puertas y permitirme culminar mi carrera en sus instalaciones

A mis compañeros porque cada uno tomo el papel principal en esta vida estudiantil, sabiendo llevar momentos que se guardaran en mi corazón. A mi tutor

el Ing. Alan Proaño por toda la colaboración y paciencia brindada en el desarrollo de esta tesis

Finalmente agradecer a mi compañera Selene ya que gracias a este trabajo de tesis profundizamos esta amistad y con altos y bajos paciencia e impaciencia llegamos a lograr culminar esta meta.

Johanna

Agradezco a Dios por su amor y cuidado diario y que sin Él no habría llegado hasta aquí, a mis Padres por haberme guiado en todo momento, a mis Hermanas por brindarme siempre una palabra de aliento, por su alegría y su apoyo incondicional. Agradezco a mis maestros por haberme transmitidos sus conocimientos con dedicación y amor a nuestra profesión, a mi Querida Universidad por haberme acogido desde el primer día y abrirme sus puertas para llegar a ser la profesional que soy. Agradezco a mis amigas por ser mi apoyo en tiempos difíciles, por esa incondicionalidad que siempre nos mantuvo unidas.

Agradezco a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para que yo pudiera culminar esta etapa de mi vida, a todas ellas infinitas gracias por ayudarme a hacer este sueño realidad.

Selene

RESUMEN

El presente diagnóstico georreferenciado de la discapacidad se realizó en las comunidades de Ilumán bajo, Pinsaquí, San Luis de Agualongo, Ángel Pamba, Carabuela, Juahuapamba, Ilumán Alto y Sinsi Uco del Cantón Otavalo, en donde se hallaron 108 personas con discapacidad. Como objetivo del estudio se buscó diagnosticar y georeferenciar la discapacidad en las comunidades mencionadas, buscar la etiología y clasificar la discapacidad. Como materiales y métodos se utilizó una investigación descriptiva, de tipo cuali cuantitativa (multimodal), aplicada, correlacional, explicativa, exploratoria y de acción; de diseño no experimental de corte transversal. Se incluyó en el estudio a personas con o sin carnet del CONADIS, sin límites de edad, sexo, nivel de dependencia o instrucción. Como instrumento se utilizó una encuesta de 91 preguntas para conocer estilos de vida, antecedentes familiares, estado económico, barreras enfrentadas, datos sociodemográficos, que fue validada basada en la herramienta denominada “Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad de la República de Colombia” Los datos se tabularon en EPIINFO, y se utilizó el GPS para la georeferenciación. Como resultados se encontró mayor prevalencia de discapacidad en el Barrio San Luis de Agualongo 32%, Ilumán Alto 19%, Sinsiuco 14%, Jahuapamba 9%, Pinsaquí 8%, Angelpamba 7%, Carabuela 6% e Ilumán bajo 5%. La discapacidad más predominante es la física 56%, seguida de la auditiva 20%, la visual 16% y la de lenguaje 8%. Se encontró a más hombres (51%) que mujeres, aunque la proporción es casi de 1:1. Por ser una comunidad indígena la etnia predominante fue la indígena (97%), la escolaridad en la mayoría 68% es analfabeto; el 76% de la población se encuentra en desempleo, el ingreso mensual 48% es de 0-100 dólares; el servicio básico con menor cobertura es el teléfono, agua potable, alcantarillado y la recolección de basura. El 41% de esta población no recibe ayuda del gobierno, y de quienes reciben en su mayoría es el Bono de desarrollo humano. La causa principal de la discapacidad es desconocida, el 37% tiene como etiología un evento prevenible; el 49% de la población no tiene antecedente familiar de discapacidad. Al tener prevalencia mayor de discapacidad física se halló problemas de movilidad en el 50% de la población. El 69% refiere no haber tenido diagnóstico oportuno, al 38% le ordenaron usar ayudas terapéuticas y solo el 26% las usa. Solamente el 11% de la población realiza rehabilitación y la principal causa es por escasos recursos económicos. Como conclusiones principales: el nivel socioeconómico de estas personas es muy bajo, el nivel de escolaridad es inexistente o básico, las necesidades son grandes, la ayuda del gobierno no tiene la suficiente cobertura.

Palabras claves: georeferenciación, discapacidad, diagnóstico, prevalencia.

ABSTRACT

This geo-referenced diagnosis about disabilities were carried out in Ilumán Bajo Pinsaquí, San Luis de Agualongo Angel Pamba, Carabuela, Juahuapamba, Ilumán Alto and Sinsiuco communities from Otavalo where 108 people with disabilities were found. Research aims to diagnose and geo-referenced the disabilities in them to search the etiology and sort the disabilities. Beside materials and methods, a descriptive research, qualitative and quantitative, applied, correlational, explanatory, exploratory and action types were used, it had a no experimental design of cross section which included in the study people with or without a license from CONADIS, no limit age, sex, dependence level or instruction. On the other hand, research has got an instrument for instance, a survey has got 91 questions to learn lifestyles, family background, economic status, faced obstacles, demographic data which had validated over tool which is called "Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad de la República de Colombia" "The data was tabulated in EPIINFO, and the GPS was used for georeferencing. As a result, a higher prevalence of disability was found in San Luis de Agualongo neighborhood, it was 32%, 19% Ilumán Alto, Sinsiuco 14% Juahuapamba 9%, 8% Pinsaquí, Angelpamba 7%, 6% Ilumán and Carabuela below 5%. The predominant physical disability is around 56%, followed by 20% auditory, visual 16% and 8% language, in fact, those results got more men (51%) than women, although the ratio is almost 1:1.

It is an Indigenous community, predominant ethnic group is indigenous (97%), schooling at most 68% are uneducated; 76% of the population is unemployed, 48% has an income has 0-100 dollars per month; the less basic services are telephone, water, sewer and garbage collection. 41% of this population does not receive government assistance, and those who receives most is the "Bono de Desarrollo Humano". The main disability trouble is unknown, 37% has a preventable event etiology; 49% of the population has no family history of disability. As a matter that greater prevalence of physical disability mobility problems which was found in 50% of the population. 69% reported that had timely diagnosis, 38% was ordered to use therapeutic aids and only 26% uses them. Only 11% of the population makes rehabilitation and the main cause is poor income.

To conclude, the socioeconomic status of this group of people is low; the education level is either poor or basic, needs are huge or government isn't able to help to back them up.

Keywords: geo-referenced, disability, diagnosis, prevalence.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS: .. ¡Error! Marcador no definido.	
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; ¡Error! Marcador no definido.	
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	xi
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2. Justificación	4
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo general:	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Preguntas directrices	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Concepto de discapacidad física	7
2.2 Clasificación de la Discapacidad	8
2.2.1 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF	8
2.2.1.1 Clasificación de primer nivel.....	10
2.3 Tipos de Discapacidad	11
2.3.1 Discapacidad Física	11
2.3.1.1 Tipos de Discapacidad Física.....	13
2.3.2 Discapacidad Intelectual (Mental, Cognitiva).....	14
	xi

2.3.3 Discapacidad Auditiva	16
2.3.3.1 Etiología	19
2.3.4 Discapacidad Visual	20
2.3.4.1 Clasificación de la deficiencia visual.....	21
2.3.4.2 Causas de la deficiencia visual	23
2.3 La Discapacidad y su influencia en el Nivel Socio Económico de una Población.....	25
2.4 Estrategias y programas para personas con discapacidad	29
2.4.1 Misión Solidaria Manuela Espejo	29
2.4.2 Misión Joaquín Gallegos Lara	31
2.5 Marco legal	32
2.5.1 Constitución de la República del Ecuador	32
2.5.2 Plan de Desarrollo del Buen Vivir	35
CAPÍTULO III	37
METODOLOGÍA	37
3.1 Tipo de Estudio.....	37
3.2 Diseño de la investigación	39
3.3 Localización	39
3.4 Métodos.....	40
3.4.1 Métodos teóricos	40
3.4.2 Métodos empíricos	41
3.4.3 Métodos estadísticos:.....	41
3.5 Población	41
3.6 Identificación de Variables.....	42
3.5 Operacionalización de las variables.	43
3.6 Métodos y técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.7 Validez y confiabilidad de la investigación	47
3.8 Procesamiento de datos:	48
CAPÍTULO IV.....	49
RESULTADOS.....	49
4.1 Análisis e interpretación de resultados.	49
4.2 Discusión de resultados.....	77

4.3 Conclusiones.....	80
4.4 Recomendaciones.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	88
Anexo 1. Fotografías.....	89
Anexo 2. Tablas.....	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Diagnóstico georreferenciado.....	50
Gráfico 2 Georeferenciación de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 1)	51
Gráfico 3 Tipos de discapacidad (Ver anexo 2 Tabla 2)	52
Gráfico 4 Conocimiento del origen de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 3).....	53
Gráfico 5 Causa principal de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 4)	54
Gráfico 6 Antecedente familiar de discapacidad (ver Anexo 2 tabla 5).....	55
Gráfico 7 Estructuras fisiológicas que tienen afectadas las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 6).....	56
Gráfico 8 Condición más afectada en las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 7).....	58
Gráfico 9 Funciones habituales que se ven más afectadas (ver Anexo 2 tabla 8).....	59
Gráfico 10 Diagnóstico oportuno de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 9). 61	
Gráfico 11 Prescripción de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes (ver Anexo 2 tabla 10).....	62
Gráfico 12 Uso de diferentes tipos de terapias (ver Anexo 2 tabla 11)	63
Gráfico 13 Uso Rehabilitación actualmente y recuperación (ver Anexo 2 tabla 12).....	64
Gráfico 14 Motivos por los cuáles no reciben rehabilitación (ver Anexo 2 tabla 13).....	65

Gráfico 15 Género de la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 14).....	66
Gráfico 16 Etnia de la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 15) .	67
Gráfico 17 Escolaridad de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 16).....	68
Gráfico 18 Actividad económica de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 17).....	69
Gráfico 19 Cargo que desempeña en el trabajo (ver Anexo 2 tabla 18)	70
Gráfico 20 Jefe del hogar de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 19).....	71
Gráfico 21 ingreso mensual promedio de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 20).....	72
Gráfico 22 Disponibilidad de servicios básicos en la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 21).....	73
Gráfico 23 Apoyo del gobierno a las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 22).....	74
Gráfico 24 Tipo de ayuda que reciben del gobierno las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 23).....	75
Gráfico 25 Tipo de vivienda de las personas con discapacidad (Ver Anexo 2 tabla 24).....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Georeferenciación.....	94
Tabla 2 Tipos de discapacidad	94
Tabla 3 Conocimiento del origen de la discapacidad.....	94
Tabla 4 Causa principal de la discapacidad.....	95
Tabla 5 Antecedentes familiares de discapacidad.....	95
Tabla 6 Estructuras más afectadas.....	96
Tabla 7 estructuras más afectadas	96
Tabla 8 Funciones más afectadas	97
Tabla 9 Diagnóstico oportuno	97

Tabla 10 Ayudas terapéuticas.....	98
Tabla 11 Tipo de tratamiento	98
Tabla 12 Rehabilitación	98
Tabla 13 Motivos para no hacer rehabilitación.....	99
Tabla 14 Género	99
Tabla 15 Etnia.....	99
Tabla 16 Escolaridad	100
Tabla 17 Actividad laboral.....	100
Tabla 18 Cargo que desempeñan.....	100
Tabla 19 jefe de hogar	101
Tabla 20 Ingreso mensual	101
Tabla 21 Disponibilidad de servicios básicos.....	102
Tabla 22 Apoyo del gobierno	102
Tabla 23 Tipo de ayuda que reciben.....	102
Tabla 24 Tipo de vivienda.....	103

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La discapacidad ha sido un problema reconocido mundialmente, desde la India hasta América Latina, formando parte de la población del mundo siendo un indicador de calidad de vida en cada país. Las discapacidades pueden tener diferentes orígenes, sin importar raza, género, edad, ni situación social, lo importante es poder entender las posibles causas y efectos que estas puedan traer a la vida de las personas implicadas.

Más de mil millones de personas viven en el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también el aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

En el mundo, las personas con discapacidad tienen peor resultados sanitarios, bajos resultados académicos, una menor participación económica y una tasa de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el

transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Las discapacidades en el Ecuador afectan aproximadamente al 13.2% de la población es decir alrededor de 1'600.000 personas, en nuestro país no es un problema nuevo, se lo ha venido tratando desde la década de 1940 por iniciativa de padres de familia, instituciones privadas y públicas básicamente empujadas por principios de beneficencia o caridad, mediante primitivas instituciones como Misión Manuela Espejo, CONADIS, FENODIS, etc. Que algunas son de ayuda para personas sordas y ciegas pero que progresivamente fue cumpliendo con su objetivo, ser instituciones precursoras en la ayuda a personas con discapacidad.

Hechos que marcaron la historia de nuestro país como un brote de poliomielitis, en la década de los 50 obligó al estado ecuatoriano a involucrarse en temas de discapacidad, debiendo desarrollar en los siguientes años leyes y organizaciones que protejan los derechos de personas discapacitadas, dándoles por primera vez, voz dentro de la precaria situación en la que se encontraban. El sector privado también contribuye con la creación de entidades que benefician a niños, hombres y mujeres que presenten algún tipo de discapacidad como el INNFA y otros centros de educación especial. (Cazar R. , 2001)

El 6% de hogares ecuatorianos tienen al menos un miembro con discapacidad, un 8% pertenecen a hogares rurales. Si dividimos las estadísticas por regiones en nuestro país, encontramos que nuestra provincia Imbabura se encuentra dentro de los sectores con mayor índice de discapacidad, según estudios realizados por la UCE. (Villafuerte, 2006)

Los sectores rurales son los más afectados, las condiciones de vida son precarias, no todas las viviendas cuentan con los principales servicios básicos que permitirían una vida digna y saludable para sus pobladores. La

gran mayoría son personas que trabajan en el campo y cuyo único sustento es la productividad de sus tierras. No todas las personas son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano que el estado provee por lo que no tienen los recursos económicos necesarios para obtener la atención médica que pueden necesitar, más aún si dentro de esa familia existe una persona con discapacidad. (Reascos, 2013)

En Imbabura existen aproximadamente 14.297 personas con discapacidad diagnosticada, de las cuales el 40% de casos están atendidos con una ayuda técnica, sean estos con pañales, sillas de ruedas, colchones, andadores, bastones de rastreo y camas clínicas para discapacidades severas.

Cabe recalcar que la educación para niños con discapacidad es un ámbito que ha mejorado mucho, actualmente se proporciona educación gratuita, con las ayudas pedagógicas, psicológicas y físicas que un niño especial necesita para poder desarrollarse en un ambiente normal en un futuro, con igualdad de oportunidades. (Agencia pública de noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, 2013)

Fundaciones públicas y privadas como Misión Manuela Espejo, Bono de desarrollo Humano, CONADIS, INFA etc. han sido de mucha ayuda para identificar la población con discapacidad, sin embargo existe una población no identificada, como resultado de muchos factores: sea el lugar de vivienda, la distancia, la falta de comunicación, la situación económica, etc. Dando un porcentaje erróneo de personas con discapacidad.

Esta situación se da especialmente en comunidades alejadas de parroquias urbanas, convirtiéndose en una población excluida de estos beneficios, a consecuencia de la falta de información de la existencia de estas fundaciones de ayuda.

Por ende el presente estudio se enfoca en la población no incluida en este porcentaje de personas con discapacidad existente en el cantón Otavalo y sus parroquias, este sector mencionado posee índices de discapacidad que permite el desarrollo de esta investigación.

1.2. Justificación

Este trabajo investigativo será uno de los que aportará en beneficio de la comunidad. Se puede decir que el aporte además de ser de investigación será de carácter humanitario, consolidando futuros estudios sobre esta problemática que permitirá extenderse a grandes proyectos que velen por el bienestar de otras comunidades, con el único fin de mejorar la calidad de servicio de forma directa a la persona con discapacidad e indirectamente a la población.

La realización de este proyecto tiene afinidad con el trabajo que se realizó como estudiantes de Terapia Física en las distintas plazas de práctica proporcionadas por la universidad, por lo que la aplicación de los métodos de investigación utilizados durante la georreferenciación será el complemento para conseguir el resultado esperado.

Este proyecto es de suma importancia ya que se lo va a realizar a una población vulnerable y discriminada por la sociedad, como son las personas discapacitadas habitantes del cantón Otavalo, teniendo en cuenta que la discapacidad no reconoce género, sexo, grupo étnico y situación socioeconómica.

La población a estudiar son personas, como todo ser humano, con alegrías, tristezas, problemas, muchos no pueden expresar su sufrimiento su desesperación su falta de afecto por no ser escuchados y tomados en cuenta y otra por la dificultad de ser entendidos a consecuencia de su

falencia física. Por lo que se tomó la responsabilidad como personas aptas y estudiadas conocer que piensan que padecen, como viven, cuales son las actividades que realizan a diario, como se integran a la sociedad, cuál es su medio de sobrevivencia, y sus familiares.

El interés investigativo, el esfuerzo humano, ético y profesional y proponer posibles soluciones sobre la problemática planteada es una alternativa viable debido a que la población se encuentra al alcance de la investigación localizada en el cantón Otavalo, provincia de Imbabura.

El interés científico de la presente investigación se basa en la importancia de la ubicación de personas con discapacidad en las comunidades antes mencionadas que por tratarse de personas excluidas se consideran un grupo susceptible.

El proyecto fue factible y viable considerando que se obtuvo la total colaboración de las autoridades de las comunidades, de la policía, del gobierno local y de la población con discapacidad.

Los beneficiarios directos fueron las personas con discapacidad y los indirectos fueron sus familiares; al establecer una línea base que permita identificar factores de riesgo, falencias, percepciones en este grupo vulnerable. El impacto generado más importante es el sanitario, ya que se está dando un enfoque preventivo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Diagnosticar y georreferenciar la discapacidad en la comunidad Ilumán Bajo, Pinsaquí, San Luis de Agualongo, Ángel Pamba, Carabuela, Jahuapamba, Ilumán Alto y Sinsiuco del cantón Otavalo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Localizar geográficamente a las personas con discapacidad.
- Clasificar la discapacidad en la población de estudio, e identificar su etiología.
- Analizar la condición socioeconómica del grupo estudiado.

1.4. Preguntas directrices

- ¿Cuál es la localización geográfica de las personas con discapacidad?
- ¿Cuál es la clasificación de discapacidades en esta población, y cuál es su etiología?
- ¿Cuál es la condición socioeconómico del grupo estudiado?

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de discapacidad física

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 Estado de Nuevo de León, s/f)

Si bien es necesario aclarar, que actualmente hay cierta tendencia a utilizar el término DIVERSIDAD FUNCIONAL en lugar de discapacidad, por ser más acertado.

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.

- a. Una **deficiencia** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

- b. Una **discapacidad** 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 un ser humano.
- c. Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). (Sierra, 2014)

El 5,6% de la población ecuatoriana (816 156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad (INEC, 2010a). La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. (SENPLADES, 2013)

2.2 Clasificación de la Discapacidad

2.2.1 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF), es una clasificación de referencia y junto con la CIE constituyen las clasificaciones más importantes de la FCI.

La CIF fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001.

La CIF constituye una clasificación novedosa, que amplía el ámbito de la FCI resaltando la necesidad de contar con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países. La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores.

Objetivos

- a) Proporcionar una base científica para el estudio y la comprensión de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- b) Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- c) Permitir la comparación de datos e información entre países, disciplinas, servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- d) Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información en salud.

La clasificación desde el título plantea su amplio ámbito de uso: el término Funcionamiento se incluye como término neutro y abarca: funciones, estructuras corporales, actividad y participación, el término Discapacidad incluye: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y la incorporación del término de Salud se propone dada la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que permite evaluar la salud de la población. (Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y de Salud (CIF), s/f)

2.2.1.1 Clasificación de primer nivel

Funciones corporales

- a) Funciones mentales
- b) Funciones sensoriales y de dolor
- c) Funciones de la voz y el habla
- d) Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- e) Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
- f) Funciones genitourinarias y reproductoras
- g) Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento
- h) Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

Estructuras corporales

- a) Estructuras del sistema nervioso
- b) El ojo, oído y estructuras relacionadas
- c) Estructuras involucradas en la voz y el habla
- i) Estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- j) Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endócrino
- d) Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductor.
- e) Estructuras relacionadas con el movimiento
- f) Piel y estructuras relacionadas

Actividades y participación

- a) Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- b) Tareas y demandas generales
- c) Comunicación
- d) Movilidad
- e) Autocuidado
- f) Vida doméstica
- g) Interacciones y relaciones personales
- h) Áreas principales de la vida
- i) Vida comunitaria social y cívica

Factores ambientales

- a) Productos y tecnología
- b) Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
- c) Apoyo y relaciones
- d) Actitudes
- e) Servicios, sistemas y políticas. (Organización Mundial de la salud, 2001)

2.3 Tipos de Discapacidad

2.3.1 Discapacidad Física

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona

afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

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 (zambullido, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo).

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, decimos que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos.

Ciertos niños con discapacidad neuro-motora serán capaces de sentarse sin soporte o auxilio, mientras otras necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas de la vida diaria. Para que no haya atraso en su desarrollo, es necesario que al ser diagnosticada de forma precoz la discapacidad o que ante la sospecha de cualquier lesión neuro-motora, el niño sea inmediatamente atendido por un profesional especializado.

Al intentar definir cualquier tipo de discapacidad, sin embargo, es necesario enfocar también las aptitudes que esta persona posee, en vez de enfatizar solamente lo que ella no puede hacer o tiene dificultad de hacer sola. (Telecentros para todos.com, s/f)

2.3.1.1 Tipos de Discapacidad Física

- a) Parálisis cerebral: Trastorno incurable causada por un daño en el cerebro, que limita la capacidad para controlar los músculos que mueven alguna parte del cuerpo.
- b) Epilepsia: Disfunción del cerebro, causada por descargas eléctricas desordenadas, es decir, que existe una mala transmisión entre una neurona y otra, pueden haber o no, crisis convulsivas.
- c) Problemas que afectan las articulaciones: El principal problema es la artritis reumatoide juvenil, es una condición presentada como consecuencia de una inflamación permanente de las articulaciones que incluso, puede llegar a deformarse.
- d) Problemas que afectan los huesos: Se encuentran la escoliosis (desviación lateral de la columna vertebral) y la osteogénesis imperfecta (formación imperfecta de los huesos que se tornan sumamente frágiles).
- e) Problemas que afectan los músculos: La distrofia muscular es una enfermedad progresiva que debilita todos los grupos de los músculos, es hereditaria y afecta a los varones.
- f) La artrogriposis: es congénita, se nace con articulaciones rígidas y músculos débiles.
- g) La atrofia muscular espinal de la niñez: es una degeneración progresiva de las células nerviosas motoras, su característica principal es la debilidad progresiva de los músculos.

- h) Amputaciones: Son la ausencia de las extremidades y pueden ser: congénitas y adquiridas.
- i) Focomelia: Es un problema congénito que se inicia en el período de la gestación. A las personas les hace falta la parte media de una extremidad. Por ejemplo: pueden tener el brazo y la mano pero les hace falta el antebrazo. (Ministerio de Educación Guatemala, 2006)

2.3.2 Discapacidad Intelectual (Mental, Cognitiva)

Es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental, Síndrome de Down.

Según la definición adoptada por AAMR (American Association of Mental Retardation - Asociación Americana de Discapacidad Mental), la discapacidad mental es una "función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad."

A pesar de los avances recientes de la medicina, muchas veces no es posible, todavía, establecer con claridad la causa de la discapacidad mental de una persona, pero se pueden señalar tres tipos de factores:

- a) **Prenatales:** Inciden desde la concepción del bebé hasta el inicio del trabajo de parto.
- b) **Peri natales:** Actúan desde el inicio del trabajo de parto hasta el 30º día de vida del bebé.

- c) **Post -natales:** Actúan desde el 30º día de vida del bebé hasta el final de la adolescencia. (Telecentros para todos.com, s/f)

Son ejemplos de factores prenatales la desnutrición materna, la mala asistencia médica a la gestante, la presencia de enfermedades infecciosas como sífilis, rubéola y toxoplasmosis en la madre, efectos colaterales de medicamentos teratogénicos (o sea, que afectan la estructura y el desarrollo de la anatomía del bebé), alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Martin Bell y el síndrome de Down, y las alteraciones en el metabolismo (por ejemplo, la fenilcetonuria, el síndrome de Williams y la esclerosis tuberosa).

Entre los factores peri natales de la discapacidad mental se cuentan los traumas de parto, la oxigenación cerebral insuficiente, la condición de prematuro y la incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo debido a la presencia del factor RH en solamente uno de los dos. (Telecentros para todos.com, s/f)

Desnutrición, deshidratación grave, carencia de estimulación global e infecciones como las meningo-encefalitis y el sarampión están entre las causas pos natales de esa discapacidad. Otros factores son el envenenamiento por productos químicos con plomo y mercurio y la neurocisticercosis (cuando la larva de la taenia solium, popularmente denominada solitaria, se hospeda en el cerebro). Sin embargo, numerosos factores emocionales, alteraciones en las actividades nerviosas, disturbios de aprendizaje, alteraciones específicas de lenguaje o dislexia, psicosis, bajo nivel socio económico o cultural, además de la carencia de estímulos pueden explicar la imposibilidad de ajuste social adecuado en una persona sin que necesariamente exista una discapacidad mental. (Telecentros para todos.com, s/f)

El portador de discapacidad mental no tiene alterada la percepción de sí mismo y de la realidad, siendo por lo tanto, capaz de decidir lo que es mejor

para él. Cuando la percepción se encuentra alterada, la condición se denomina enfermedad mental, lo que supone un cuadro totalmente diferente. (Telecentros para todos.com, s/f)

Es importante destacar que, en un promedio, de un 20 a un 30% de los discapacitados mentales presentan asociación con algún tipo de enfermedad mental, como el síndrome del pánico, la depresión y la esquizofrenia. Esas enfermedades perjudican, primariamente, otras áreas del cerebro que son la de la inteligencia, como, por ejemplo, la de la capacidad de concentración y la del humor. (Telecentros para todos.com, s/f)

2.3.3 Discapacidad Auditiva

Se denomina discapacidad auditiva la pérdida parcial o total de la posibilidad de oír, que varía en grados y niveles. Con base en el trabajo de Roeser & Downs, Martínez (2000), se puede decir que la audición está normal cuando ocurre una disminución de hasta 15dB (decibelios). En los casos de pérdida entre 16 y 25 dB, hay una deficiencia auditiva suave. La sordera se manifiesta como leve cuando la pérdida varía de 26 a 40 dB, moderada entre 41 y 55 dB, moderadamente severa entre 56 y 70 dB y severa entre 70 y 90 dB. (Telecentros para todos.com, s/f)

Cuando la pérdida auditiva es mayor, esta impide al individuo oír la voz humana y, por lo tanto, obtener, espontáneamente, la capacidad de aprender la modalidad oral del idioma, aunque con el uso de prótesis auditiva (aparato). Se calcula que por lo menos una de cada mil personas nace profundamente sorda, lo que se diagnostica a través de exámenes, como la audiometría y el audiograma. (Telecentros para todos.com, s/f)

Muchas personas desarrollan problemas auditivos a lo largo de la vida, debido a accidentes o enfermedades. La deficiencia auditiva puede ser

adquirida cuando existe una predisposición genética (por ejemplo, la otosclerosis), cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a los nervios relacionados a la audición), exposición a sonidos impactantes o virosis. Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades, como rubéola, sarampión, sífilis, citomegalovirus y toxoplasmosis, además de la ingestión de medicamentos que dañan el nervio auditivo durante el embarazo. (Telecentros para todos.com, s/f)

Es importante recordar que estas personas muchas veces no hablan porque no oyen, pero son capaces de emitir sonidos. Muchas aprenden a comunicarse con las personas que oyen a través del habla y aprenden a hacer lectura labial, para entender lo que se les contesta. Así, la expresión "sordo-mudo", que se utiliza muy frecuentemente, no está correcta, ya que estas personas no son mudas, pero sí sordas.

Es importante señalar la importancia de los siguientes términos:

Hipoacusia: Pérdida parcial. Disminución de la capacidad auditiva que permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva.

Sordera (cofosis): Pérdida total de la audición y el lenguaje se adquiere por la vía visual.

El diagnóstico precoz y la rehabilitación adecuada previenen la consecuencia más importante de la Hipoacusia infantil, crecer sin un lenguaje. En función de la parte del oído afectada se clasifica así:

- a) **De transmisión o conductiva:** la zona alterada es la encargada de la transmisión de la onda sonora. La causa se sitúa en el oído externo o medio, también las producidas por lesión de la trompa de Eustaquio, que es un conducto que une el oído medio con la rinofaringe. Hay una

deficiencia de la transformación de energía en forma de ondas sonoras a ondas hidráulicas en el oído interno por lesiones localizadas en el oído externo y/o en el oído medio. El mecanismo por el que las ondas de sonido llegan a las terminaciones nerviosas de la cóclea no funciona. La causa puede ser un tapón de cera u objetos extraños en el canal auditivo externo. Una de las formas más comunes de pérdida de audición conductiva es un exceso de líquido en el oído medio (otitis media) y los niños pequeños son más propensos a padecerla.

- b) **Sensorial, neurosensorial o de percepción:** En el oído interno y/o en la vía auditiva. La causa radica en el oído interno o estructuras centrales (nervio auditivo, etc.) ya que los nervios se encuentran dañados. No existen procedimientos médicos o quirúrgicos que puedan restablecer la audición si la pérdida es sensorial. En muchos casos se prescriben audífonos para amplificar la audición residual (los audífonos deben prescribirse por un otorrino). También se puede hacer un implante coclear a un niño cuya pérdida de audición es demasiado profunda para que le resulte útil un audífono. Los sonidos graves los oyen relativamente bien y en algunas ocasiones y bajo determinadas circunstancias pueden mantener una conversación. Cualquier sordera superior a 60 dB indica una pérdida neurosensorial pura o mixta.
- c) **Mixta:** Es una mezcla de pérdida auditiva conductiva y sensorial que afecta normalmente a los niños pequeños. El elemento conductivo puede ser corregido por procedimientos médicos o quirúrgicos. (Telecentros para todos.com, s/f)

2.3.3.1 Etiología

1. **Prelocutivos:** si la discapacidad sobrevino antes de adquirir el lenguaje oral (antes de 2 años).
2. **Perilocutivos:** si la discapacidad sobrevino mientras se adquiría el lenguaje oral (2-3 años).
3. **Postlocutivos:** si la discapacidad sobrevino después de adquirir el lenguaje oral (después de 3 años).

Según la causa

- a) **Prenatales:** Enfermedades de la madre durante el embarazo pueden ser causa de Hipoacusia en el niño, sobre todo si se dan entre la 7 y la 10ª semana. Entre las más graves nos encontramos con la rubeola, sarampión, varicela, alcoholismo, etc.
- b) **Neonatales:** Traumatismo durante el parto, anoxia neonatal (falta de oxígeno), prematuridad, ictericia (aumento de a bilirrubina en la sangre por incompatibilidad Rh).
- c) **Postnatales:** Otitis y sus secuelas, fracturas del oído, afecciones del oído interno y nervio auditivo, intoxicaciones por antibiótico, meningitis y encefalitis, tumores, etc.

Según intensidad

- a) **Leves:** pérdida inferior a 40 decibelios.
- b) **Moderadas:** de 40 a 70 decibelios.
- c) **Severas:** superior a 70 decibelios. Conforme a la Seguridad Social se considera una persona sorda a partir de 75 decibelios.
- d) **Sordera o Cofosis:** no se oye.

2.3.4 Discapacidad Visual

La función visual consiste en la concepción de los sujetos para recoger, integrar y dar significados a los estímulos luminosos captados por su sentido de la vista, siendo el ojo el órgano receptor de esa energía física, transformada en energía nerviosa mediante el quiasma óptico, con el objetivo de enviarla al cerebro para procesar esa información, obtener significados y elaborar conceptos que permitan dar respuesta a futuras, no cabe duda de que cualquier alteración durante todo este proceso, como consecuencia dará por resultado la deficiencia visual.

Entre los aspectos más relacionados con la deficiencia visual se encuentran: la agudeza visual, el campo visual, el cromatismo visual, la sensibilidad al contraste, la acomodación, la adopción/regulación a la luz/oscuridad y la visión binocular:

- a) Agudeza visual: Va referida a la habilidad para discriminar objetos a distancia (Barraga) determinada por el tamaño y la distancia de la imagen respecto de nuestra retina. Para su medición, son bastante conocidos los carteles de letras o signos con el objetivo de tomar mediciones en torno a 5 metros.
- b) El campo visual: Hace alusión a todo el espacio que el ojo, estando en reposo, puede percibir cuando enfoca un objeto, pudiéndose distinguir entre campo visual central y periférico.
- c) El cromatismo visual: Posibilidad de diferenciar colores.
- d) La sensibilidad al contraste: Pone de manifiesto la discriminación entre figura y fondo.

- e) La acomodación: Se refiere a la capacidad de enfoque por parte del cristalino.
- f) La adaptación/regulación a la luz-oscuridad: Permite la visión tanto con luz como en penumbra, o incluso en la oscuridad.
- g) La visión binocular: Facilita el obtener una misma imagen con los dos ojos, pero desde distintos ángulo, imprescindible para medir distancias y la visión tridimensional.

2.3.4.1 Clasificación de la deficiencia visual

En sentido clínico, ya que la deficiencia visual puede presentar diferentes grados de variabilidad. Desde la ceguera hasta deficiencias visuales mínimas, para catalogar todo ese abanico de posibilidades, las diferentes naciones han tomado como norma tipo, exclusivamente la agudeza y el campo visual, variando los criterios de evaluación de un país a otro; aunque en general, distinguen entre visión parcial, visión escasa, ceguera parcial y ceguera.

- a) Visión parcial: Cuando la persona afectada muestra dificultades para percibir imágenes con uno o ambos ojos, siendo la iluminación y la distancia adecuadas, necesitando lentes u otros aparatos especiales para normalizar la visión.
- b) Visión escasa: Cuando el resto visual de la persona tan solo le permite ver objetos a escasos centímetros.
- c) Ceguera parcial: Cuando el resto visual tan solo permite captar la luz, aunque sin formas, solo bultos y algunos matices de colores.

- d) Ceguera: la agudeza visual es útil cuando supera un tercio de la visión 1/3, de forma que el espacio comprendido entre 1/3 y 1/10 es lo que recibe la denominación de debilidad visual o ambliopía. Son ciegos quienes padecen ceguera o no perciben nada o apenas algo de luz; no obstante, sería conveniente distinguir entre ceguera de nacimiento y adquirida; pues el haber tenido oportunidad de percibir colores, tamaño, forma etc. Facilita enormemente la posibilidad de autonomía y aprendizaje, lo que propicia la conducta adaptativa, permitiendo la normalización.

Cualquiera de las conductas que se describen a continuación, podrían desvelar una deficiencia visual:

- a) Dificultad de localización de objetos a corta, media y larga distancia.
- b) Dificultad de localización de objetos en movimiento.
- c) Dificultad de desplazamiento.
- d) Enrojecimiento de los ojos.
- e) Mirada lateral.
- f) Necesidad de acercamiento de los objetos que se manipulan.
- g) Necesidad de mayor cantidad de luz.
- h) Parpadeo y lagrimeo excesivo.

Las principales dificultades que suelen presentar los sujetos pacientes de baja visión, son: autoimagen alterada y deficiencias en el vínculo madre-hijo. Distorsión en la percepción de la realidad con integración pobre o confusa de la misma, infrautilización del resto visual que poseen, imposibilidad de evitar comportamientos, gestos y juegos, problemas en el control del mundo que les rodea, ritmo más lento de maduración y desarrollo, particularmente motor, trastornos en la atención e hiperactividad y necesidad de una estimulación lo más precoz posible.

2.3.4.2 Causas de la deficiencia visual

La deficiencia visual puede aparecer por diversos motivos, la más frecuentes, son las que afectan al globo ocular, destacando como más importantes:

Hereditarias:

- a) Acromatopsia: ceguera de colores.
- b) Albinismo: carencia de pigmento.
- c) Aniridia: ausencia o atrofia del iris.
- d) Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa).
- e) Cataratas congénitas (cristalino opaco).
- f) Coloboma (deformaciones del ojo).
- g) Glaucoma congénito (lesiones por presión ocular).
- h) Miopía degenerativa (pérdida de agudeza visual).
- i) Queratocono (córnea en forma de cono).
- j) Retinitis pigmentaria (pérdida pigmentaria retinal).

Congénitas:

- a) Anoftalmia (carencia de glóbulo ocular).
- b) Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa).
- c) Cataratas congénitas (cristalino opaco).
- d) Microoftalmia (escaso desarrollo del globo ocular).
- e) Rubéola (infección vírica-todo el ojo).
- f) Toxoplasmosis (infección vírica-retina /mácula).

Adquiridas accidentales:

- a) Avitaminosis (insuficiencia de vitaminas).
- b) Cataratas traumáticas (cristalino opaco).
- c) Desprendimiento de retina (lesión retinal).
- d) Diabetes (dificultad para metabolizar la glucosa)
- e) Extasis papilar (estrangulamiento del nervio óptico).

- f) Fibropaxia retrolental (afecciones en retina-vitreo).
- g) Glaucoma adulto (lesiones por presión ocular).
- h) Hidrocefalea (acumulación del líquido en el cerebro).
- i) Infecciones diversas de todo el sistema circulatorio.
- j) Traumatismos en el lóbulo occipital.

Víricas- tóxicas-tumorales:

- a) Histoplasmosis (infección por hongos heces).
- b) Infecciones diversas del sistema circulatorio.
- c) Meningitis (infección meninges cerebrales).
- d) Neuritis óptica (infección del nervio óptico).
- e) Rubéola (infección vírica- todo el ojo).
- f) Toxoplasmosis (infección vírica-retina/macula)

Se pueden reducir a ocho las posibles causas de la ceguera:

- a) Anomalías heredadas o congénitas.
- b) Daños en el nervio óptico. quiasma o centros corticales.
- c) Disfunciones en la refracción de las imágenes.
- d) Enfermedades infecciosas endocrinas e intoxicaciones.
- e) Lesiones en el glóbulo ocular.
- f) Parasitosis.
- g) Trastornos de los órganos anexos al ojo.
- h) Traumatismos. (Cozar, 2004)

2.3 La Discapacidad y su influencia en el Nivel Socio Económico de una Población.

A nivel mundial, el tema de la Discapacidad se lo ha relacionado directamente con la condición socioeconómica de cada población, ya que los estratos sociales son claramente marcados especialmente en poblaciones rurales y en países donde no existe una fuente de riqueza que pueda sustentar las necesidades básicas de un población con alto índice de pobreza.

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

El estatus socioeconómico se clasifica por lo general en tres categorías, Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada. Para ubicar a una familia o individuo en una de estas tres categorías una o todas las siguientes tres variables (ingreso, educación, y ocupación) pueden ser analizadas.

Una cuarta variable, riqueza, también puede ser analizada para determinar el estatus socioeconómico. Adicionalmente, se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias, artritis, enfermedades coronarias, y esquizofrenia. Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el

sitio de trabajo, o en el caso de enfermedades mentales, pueden ser la causa misma del estatus social de la persona. (clubensayos.com, 2013)

Una población con un nivel socio económico bajo tiene un índice as alto de discapacidad que otra cuyo nivel de vida sea más alto. Al no tener acceso a una atención médica prenatal por falta de recursos o conocimiento de la importancia que debe tener este tipo de atención, el riesgo de que el niño pueda nacer con una discapacidad es alto. Así como también se puede ver una incidencia de personas con discapacidad a aquellas que no han recibido un tratamiento en rehabilitación después de haber sufrido algún tipo de accidente de tránsito o laboral. (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

Se puede decir que personas con alto índice de analfabetismo y desempleo no acceden a servicios de rehabilitación por considerarlos costosos o innecesarios o simplemente por desconocimiento. En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico, la misma que sirvió para homologar las herramientas de estratificación, así como para una adecuada segmentación del mercado de consumo. Este estudio se realizó a 9.744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. La encuesta reflejó que los hogares de Ecuador se dividen en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A (Alto), el 11,2% en nivel B (medio alto), el 22,8% en nivel C + (medio típico), el 49,3% en estrato C- (medio bajo) y el 14,9% en nivel D (bajo). (INEC, 2011)

En el estudio la mayor parte de la población se encuentra en un estrato medio bajo y bajo por lo que es este sector poblacional el que se encuentra con mayor índice de discapacidad.

Menos de la mitad de las personas con discapacidad (44%) reportan que si han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas

con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo (Conadis, 2013). El 80% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados (INEC, 2010a). (Plan Nacional del Buen Vivir , 2013-2017)

También el estudio halló que la mayor parte de personas con discapacidad no tienen una fuente de empleo segura e incluso en sectores rurales solo dependen del Bono de Desarrollo Humano que provee el gobierno y que no llega ni a la mitad de un sueldo básico unificado, teniendo en cuenta que muchas de las personas con discapacidad son jefes de familia y sostén del hogar.

La educación es la única alternativa para producir un cambio hacia las sociedades inclusivas desde los espacios sociales e institucionales. En general, según referencia de la Organización Panamericana de la Salud, en la región no se cuenta con estadísticas claras sobre la inscripción, deserción y grado de escolaridad de las y los niños y adolescentes con discapacidad. La integración educativa ha ocurrido de modo informal y en mayor medida en los centros privados o por redes de solidaridad. La situación en el caso de la educación superior se dificulta por los obstáculos de movilidad y transporte, y las limitaciones de infraestructura en el medio.

Los altos índices de pobreza, la falta de recursos económicos y de accesibilidad, el desempleo, los prejuicios sociales habituales, la exclusión, la pasividad resignada y la dependencia, hacen que el nivel de educación en este sector de la población se vea disminuido y sin proyectos de aumento.

El nivel de escolarización de las personas con discapacidad evaluadas por la MSME, ha sido analizado por grupos de edad. Se encuentra que un 59% presenta escolaridad, frente a un 41% de personas que no lo han recibido. Estos datos no son muy distintos de lo que informa el último censo del INEC del año 2010, en el que se reporta que el 36,8% de la población de 5 años y más, asiste a un establecimiento de educación regular.

Esto indica que tan solo un pequeño porcentaje de niños con discapacidad tiene acceso a una educación medianamente ajustada a sus necesidades mientras que la población restante no accede a una educación de igual manera por considerarla costosa o incluso lejana a su lugar de residencia, haciendo que desde temprana edad realice labores del campo contribuyendo más aún con el analfabetismo en comunidades rurales y bajo estrato económico de estas poblaciones.

Las condiciones estructurales de la vivienda que fueron evaluadas durante el estudio de la Misión Manuela Espejo, demuestran que el 46% (136 209) de las personas con discapacidad vive en condiciones buenas en condiciones regulares el 36%, malas el 13% y críticas un 5%.

Hay que tener en cuenta que las personas con discapacidad presentan tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. En promedio, las familias con personas con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones (como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad), además poseen menos bienes que las familias sin una persona con discapacidad. (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

En conclusión, la situación socioeconómica de las personas con discapacidad es una realidad que influye en el tiempo de recuperación que requieran, en el acceso a una rehabilitación adecuada para el tipo de discapacidad que posean, a la oportunidad de una educación regular que

pueda satisfacer sus necesidades de aprendizaje y que posteriormente represente una oportunidad de trabajo así como también a una vivienda adaptada a las necesidades de una persona con discapacidad.

2.4 Estrategias y programas para personas con discapacidad

2.4.1 Misión Solidaria Manuela Espejo

Esta misión no es solo un programa que busca ayudar e incluir a personas con discapacidad sino también representar la visión de solidaridad que tiene el actual gobierno ecuatoriano hacia un sector tan vulnerable que ha sido discriminado durante años.

Las brigadas de la Misión han recorrido zonas urbanas y rurales de todo el Ecuador, sin importar cuan alejadas o recónditas puedan estar, poniendo a prueba no solamente la constancia de las personas involucradas sino también la entrega para cumplir el propósito de esta; llegando así hasta las personas que realmente lo necesitaban.

La labor de la Misión Manuela Espejo ha permitido crear un precedente hacia otros países que también proponen programas de atención a personas con discapacidad, entregándoles las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida. Este trabajo ha tenido antecedentes en Cuba y Venezuela, llegando a nuestro país para rescatar a este sector vulnerable que no ha recibido la atención adecuada anteriormente.

Este proyecto contó con el apoyo de médicos, fisiatras, genéticos, psicólogos y muchos más profesionales extranjeros y nacionales que recorrieron todo el país valorando los casos de discapacidad que lo necesitaban.

Sus principales objetivos son:

- a) Estudiar a las personas con discapacidad tomando en cuenta su entorno, sus problemas psicosociales, pedagógicas y genéticos.
- b) Determinar las posibles causas de cada discapacidad en las personas identificadas.
- c) Identificar las necesidades de este grupo poblacional.
- d) Proponer soluciones y estrategias que puedan mejorar el estilo de vida de estos grupos poblacionales.

De este estudio se pudieron identificar tres tipos de discapacidades:

- a) Auditiva: demanda un programa de atención preventiva desde temprana edad.
- b) Físico-Motora: demanda una atención inmediata junto con la entrega de las diversas ayudas técnicas para mejorar la movilidad.
- c) Intelectual: se pone mayor atención en una discapacidad severa de este tipo mayormente cuando a esta es añadida una pobreza extrema como se constató.

Este estudio se realizó en diferentes etapas y teniendo en cuenta criterios de inclusión que abarcan toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano que pueden ser temporales, reversibles o permanentes y pueden ser físico-motrices, visuales, auditivas, intelectuales, mentales, orgánicas, viscerales, mixtas o múltiples. (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

2.4.2 Misión Joaquín Gallegos Lara

En el mes de julio del año 2009, La Vicepresidencia de la república del Ecuador, emprendió la Misión Solidaria Manuela Espejo, el primer estudio bio psicosocial, clínico y genético sobre la discapacidad, con el objetivo de diagnosticar integralmente todos los casos en el país y delinear políticas de estado, en beneficio de la población de personas con discapacidad en Ecuador, en temas de atención, inclusión y prevención de las discapacidades.

Durante el trabajo, se identificaron los casos más severos, es decir, aquellos en que las personas con discapacidad intelectual, física o con multi-discapacidades, viven en entornos de pobreza extrema, y muchas veces abandonados por sus familias en largas jornadas, debido a la urgencia de ganarse la vida trabajando en las calles o en el campo.

Este escenario de desamparo obligó una respuesta inmediata del Estado ecuatoriano. Es así que surge la Misión Joaquín Gallegos Lara, inspirada en el escritor guayaquileño con discapacidad en sus piernas, cuya visión social se resumen en su obra cumbre “Las Cruces Sobre el Agua”, para cumplir con el objetivo de llegar a la población más vulnerable del país.

Con equipos multidisciplinarios de médicos, psicopedagogos y trabajadores sociales, “Joaquín Gallegos Lara” visita los casos con discapacidad severa o multi discapacidades identificados por “Manuela Espejo”, para registrar a un familiar cuidador o persona que se haga responsable de sus cuidados.

En el Ecuador, 14.479 personas son beneficiarias del Programa Joaquín Gallegos Lara que consiste en la entrega de una ayuda económica de 240 dólares a un familiar cuidador o persona que se haga responsable del

cuidado de una persona que padece de discapacidad física o intelectual severas, dicha ayuda es pagado a través del Banco Nacional de Fomento. También se entrega medicinas, capacitación en áreas como salud, higiene, rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima y se compromete además a cumplir con un seguimiento permanente por parte del Seguro Social Campesino y el Ministerio de Salud, en coordinación con la Vicepresidencia de la República.

Así también los beneficiarios del programa reciben un seguro exequial totalmente gratuitos en caso del fallecimiento de la persona con discapacidad, Además, la persona cuidadora puede contar con un Seguro de Vida por un valor de 500 dólares. (discapacidad online.com, 2012)

2.5 Marco legal

2.5.1 Constitución de la República del Ecuador

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)

2.5.2 Plan de Desarrollo del Buen Vivir

Discapacidad

El 5,6% de la población ecuatoriana (816 156 personas) señala tener algún tipo de discapacidad. La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. Menos de la mitad de las personas con discapacidad (44%) reportan que sí han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo (CONADIS, 2013). El 80% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados. (SENPLADES, 2013)

A partir de 2007, la Vicepresidencia de la República, conjuntamente con el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS), incursionó en áreas como la implementación de 80 unidades de estimulación temprana en la mayoría de provincias del país; el apoyo a los gobiernos autónomos descentralizados en el ámbito de discapacidades para la eliminación de barreras arquitectónicas e implementación de unidades básicas de rehabilitación, durante 2007, 2008 y 2010; el fortalecimiento de las cinco federaciones nacionales de y para personas con discapacidad y de 150 filiales de nivel local; la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la contribución al cumplimiento de los instrumentos

internacionales de derechos de las mismas (CONADIS 2013: 41-42). (SENPLADES, 2013)

Objetivos acordes a la investigación:

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 2.2 Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación

Objetivo 2.5 Fomentar la inclusión y cohesión social, la convivencia pacífica y la cultura de paz, erradicando toda forma de discriminación y violencia

Objetivo 2.6. Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos.

Objetivo 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. (SENPLADES, 2013)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio.

Es una investigación de tipo descriptivo, debido a que no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir, que solamente se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio, en este caso la discapacidad; en condiciones naturales, o en su realidad. Este estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud común, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo o muestra. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno, como las características sociodemográficas y la discapacidad, etc.

Según el grado de abstracción es una investigación aplicada con grado de generalización acción porque genera cambios en la realidad estudiada, y relaciona la práctica con la teoría. Se busca mejorar la situación problemática. Comienza con la descripción sistemática de la situación deficitaria en la muestra de personas con discapacidad, luego se enmarca en una teoría suficientemente aceptada de la cual se exponen los conceptos más importantes y pertinentes; posteriormente, la situación descrita se evalúa a la luz de esta teoría y se proponen secuencias de acción o un prototipo de solución. Supone el uso de los métodos de la investigación-acción-participación, es decir, relación directa con la comunidad afectada por la discapacidad.

Es un estudio de tipo correlacional debido a que buscó la relación entre el las variable dependiente e independiente, se busca identificar la relación entre discapacidad y datos sociodemográficos y socioeconómicos, la percepción de las personas con discapacidad, su tratamiento y rehabilitación, etc.

La naturaleza del estudio es multimodal, debido a que es de tipo cuali – cuantitativa; La metodología usada según la naturaleza de los datos fue cualitativa, ya que con esta se enfoca a manifestar la discapacidad y su entorno que existe en el grupo investigado; y posteriormente realizar un mapa que permita identificar los lugares donde las campañas deben actuar. También es de tipo cuantitativa, debido a que se identificó estadística descriptiva e inferencial, en cada una de las variables, apra poder establecer incidencias y prevalencias.

Es un estudio explicativo debido a que se buscó encontrar la explicación, etiología, tratamientos, percepciones, falencias de la discapacidad en las comunidades investigadas, y se buscó explicar las condiciones en las que la discapacidad se ve implicada con el entorno

Fue un estudio de tipo Exploratorio debido a que es un estudio que se realizó por primera vez en esta población y localidad, pero que tienen o meta servir de línea base para que se apliquen estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas. Y para que el seguimiento sea la clave que permita identificar el mejoramiento.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental y transversal debido a que no se manipuló las variables ni el entorno, y se lo realizó en un solo período de tiempo sin grupos controles ni seguimiento.

3.3 Localización

Las comunidades investigadas fueron: Ilumán Bajo, Pinsaquí, San Luis de Agualongo, Ángel Pamba, Carabuela, Jahuapamba, Ilumán Alto, y Sinsi Uco del cantón Otavalo.

Los límites de la parroquia Ilumán son: al norte con la parroquia de San Roque, perteneciente al cantón Antonio Ante, esto es siguiendo la quebrada de Tambor Huayco, que nace en el cerro Imbabura, hasta la quebrada de Chiriyaku que termina en el Río Ambi, por el oriente desde la cima del cerro Imbabura, hasta el Río Ambi, siempre siguiendo por la mencionada quebrada, por el occidente con el curso del Río Ambi, que le separa de la Parroquia El Sagrario, jurisdicción del cantón Cotacachi y por el sur desde el Río Ambi siguiendo por Sigsichaca, pasando por la hostería la Casa de la Hacienda de Quinchuquí hasta las faldas del cerro Imbabura. (Turismo en san Juan de Iluman, 2013)

De los levantamientos topográficos por el Instituto Geográfico Militar, se ha calculado la superficie actual de la parroquia de 22 kilómetros cuadrados aproximadamente. Ilumán se halla a 2583 metros sobre el nivel del mar. (ibíd.)

3.4 Métodos.

3.4.1 Métodos teóricos

- a) **Revisión bibliográfica:** Mediante este método se pudo obtener información científica obtenida de páginas web con respectivo sustento científico que permitió sentar la base teórica para fundamentar los resultados que se detallan en el capítulo IV.

- b) **Análisis de contenido:** Se usó éste método con la finalidad de analizar de manera objetiva las ideas del texto, basándose en la inferencia. Es evidente que el interés del análisis de contenido no reside sólo en la descripción de los contenidos, sino en lo que éstos, una vez tratados, podrían enseñarnos relativo a «otras cosas». Estos conocimientos deducidos de los contenidos pueden ser de diversa índole: psicológica, sociológica, histórica, económica. Como en este caso es de tipo sociodemográfico, económico y de salud.

- c) **Método Deductivo - Inductivo:** Con la presencia actual de diferentes tipos de discapacidades en la gran mayoría de poblaciones urbanas y rurales se logrará identificar la necesidad de diagnosticar, tratar y prevenir dichas deficiencias y comparar los resultados antes y después de la aplicación de nuestro proyecto.

- d) **Método sintético – analítico:** Para determinar las discapacidades presentes el sector urbano y rural de la población del cantón Otavalo, Parroquia Ilumán, se realizarán la georeferenciación de las personas con deficiencia, de manera que puedan ser correctamente ubicadas para que posteriormente puedan recibir un tratamiento oportuno.

3.4.2 Métodos empíricos

- a) **Observación:** Se realizó una observación directa a las personas con discapacidad que fueron encuestadas, al lugar donde viven, su deficiencia sea física, visual, auditiva, de lenguaje, etc.
- b) **Encuesta:** se usó este método debido a que se preguntó a cada sujeto de investigación cada variable identificada en la operacionalización.

3.4.3 Métodos estadísticos:

- a) **Inferencial:** Se realizó procedimientos empleados para organizar y resumir conjuntos de observaciones en forma cuantitativa, mediante tablas, gráficos y valores estadísticos. Los conjuntos de datos que contienen observaciones de más de una variable se los asoció formando una relación o cruce de variables. Se usó el programa EPIINFO para el procesamiento de tablas y gráficos.

3.5 Población

Los datos del último censo de noviembre de 2010, los datos oficiales demuestran que la población total es de 8.584 habitantes. (Muñoz, 2012)

La parroquia de Ilumán está dividida en 8 comunidades:

- Ilumán Bajo
- Pinsaquí
- San Luís de Aqualongo

- Ángel Pamba
- Carabuela
- Jaguapamba
- Ilumán Alto
- Sinsiuco

Todas las comunidades han sido visitadas, se han encontrado personas con diferentes tipos de discapacidades que ha sido debidamente geo referenciadas. Durante el censo realizado se logró ubicar 108 personas ubicadas dentro de las 8 comunidades antes descritas, y de estas personas se presenta el siguiente análisis.

3.6 Identificación de Variables.

Variables dependientes:

- Datos socioeconómicos
- Etiología de la discapacidad

Variable independiente:

- Discapacidad

1.5 Operacionalización de las variables.

Variable independiente

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS
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,	Tipo de discapacidad	Física Auditiva Intelectual Visual	Encuesta Observación

	reversibles o surgir como consecuencia directa de las deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.			
--	---	--	--	--

Variables dependientes:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Datos socio económicos	Condiciones propias de la población que pueden influir en el entorno en el que se desenvuelven. Son determinantes de la salud.	Datos socios	Nacionalidad Edad Género Autopercepción de etnia Escolaridad Actividades en la comunidad Disponibilidad de	Encuesta Observación

			servicios básicos. Ingresos económicos Jefe de hogar Apoyo económico del gobierno Relación /Área de trabajo Tipo de vivienda	
Etiología de la discapacidad.	Condiciones que afecten aquel estado que permite a todos los ciudadanos llevar una vida social y económicamente productiva	Características	Problema funcional de discapacidad Antecedentes familiares Origen de la discapacidad Tratamiento Rehabilitación Tiempo de rehabilitación	Encuesta Observación

			Disponibilidad de rehabilitación Tipo de rehabilitación Conocimientos sobre discapacidad	
--	--	--	--	--

3.6 Métodos y técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como instrumento de recolección de datos en la población estudiada, una encuesta de 91 preguntas para conocer sobre el estilo de vida, estudios, antecedentes familiares, estado económico, etc. acompañado por sellos plegables para cada vivienda.

Se hizo uso de Medios electrónicos: Celulares (2) con los que se realizó la encuesta de manera electrónica, con la instalación del programa ODK collet autoajustado con el cuestionario correspondiente para la recolección de datos respectiva.

También se utilizó el GPS con el cual se registró las coordenadas exactas de localización de cada una de las personas encontradas con discapacidad, con el fin de ubicar de manera georeferenciada el mapa presentado en el capítulo IV, gráfico 1.

Colocación de un sello de censo a cada uno de los domicilios de la parroquia El Jordán, especificando a la población con discapacidad.

3.7 Validez y confiabilidad de la investigación

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

3.8 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 que es la discapacidad y sus determinantes.

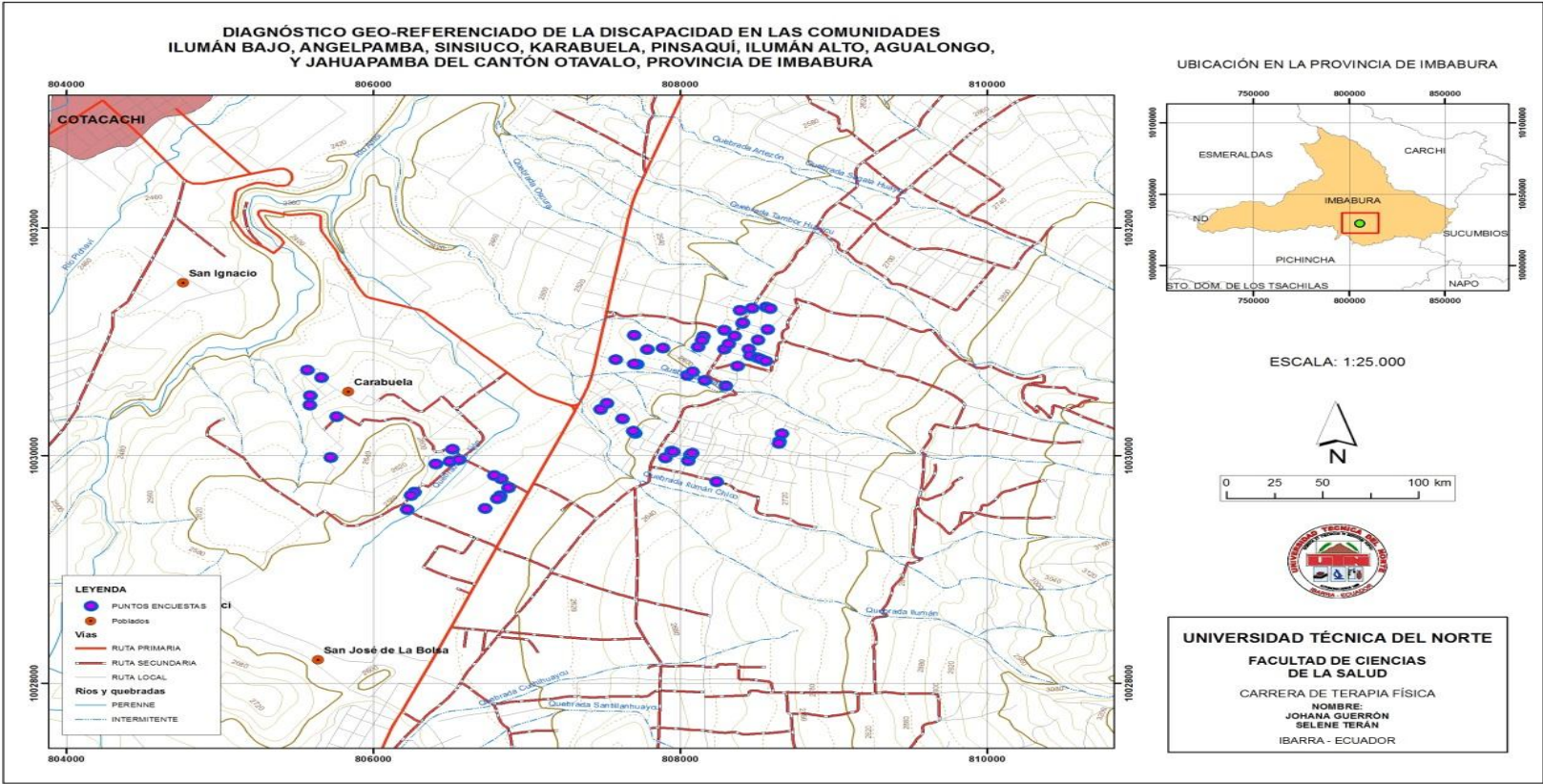
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados.

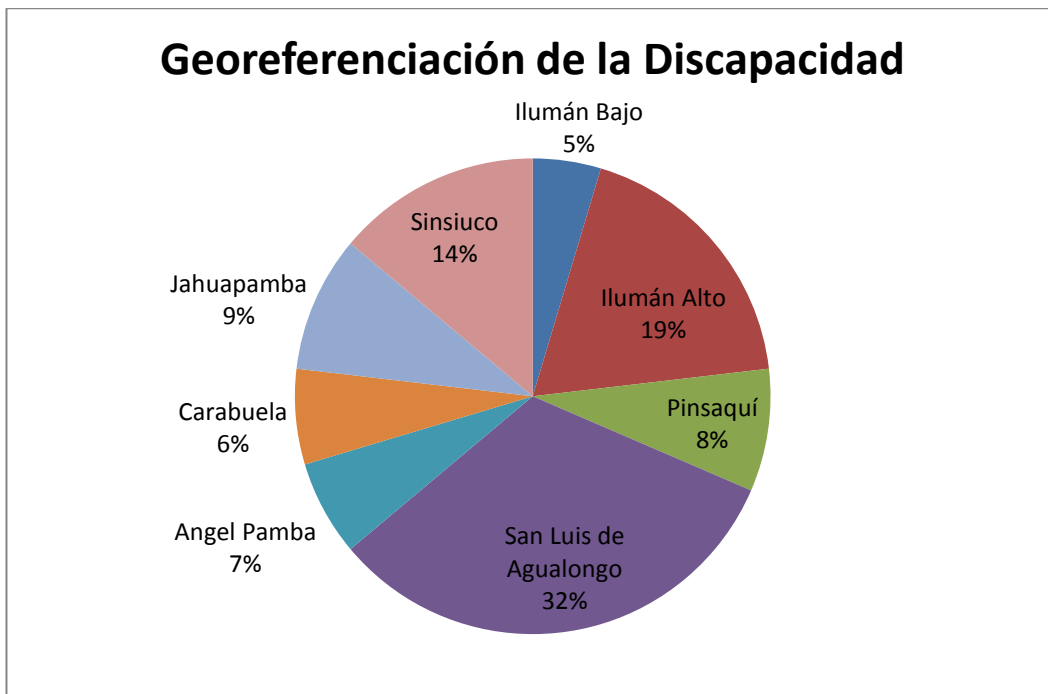
Los resultados se interpretaron en base a las 108 personas que se hallaron en las comunidades de Ilumán Bajo, Pinsaquí, san Luis de Agualongo, Ángel Pamba, Carabuela, Jahuapamba, Ilumán Alto y Sinsi Uco del Cantón Otavalo.

Gráfico 1 Diagnóstico georreferenciado



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Gráfico 2 Georeferenciación de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 1)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

La prevalencia de discapacidad es muy alta en el sector investigado, fueron 108 personas de las cuales el 32% pertenecen al Barrio San Luis de Agualongo, el 19% a Ilumán Alto, 14% a Sinsiuco, 9% Jahuapamba, 8% Pinsaquí, 7% Angelpamba, el 6% Carabuela y el 5% Ilumán Bajo.

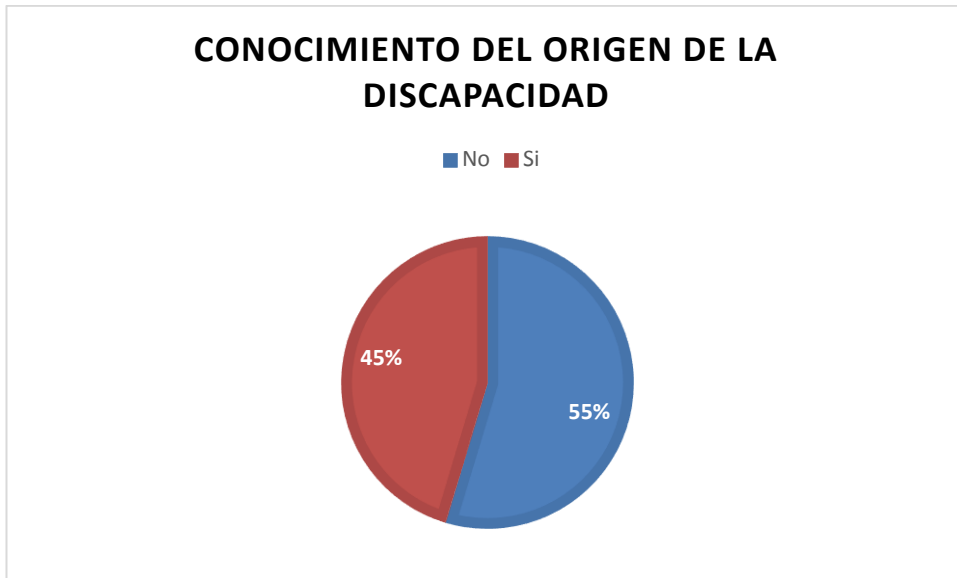
Gráfico 3 Tipos de discapacidad (Ver anexo 2 Tabla 2)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Al igual que los datos hallados por el CONADIS en el cantón Otavalo, la discapacidad más predominante es la física (56%), seguida de la auditiva 20%, la visual el 16% y la de lenguaje 8%.

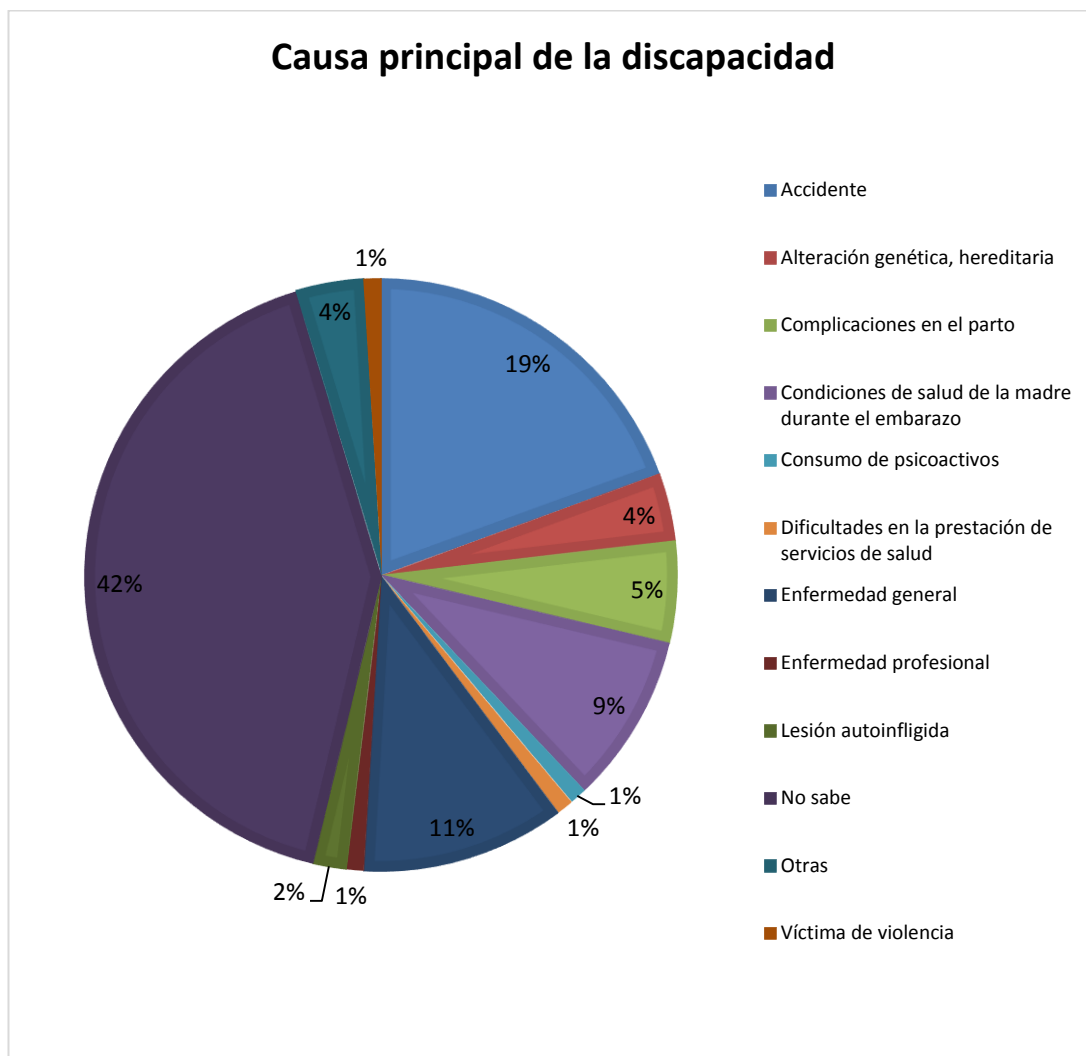
Gráfico 4 Conocimiento del origen de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 3)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El 55% de la población en investigación refirió que no conocía el origen de su discapacidad, lo que puede significar que no hayan tenido un diagnóstico y tratamiento oportunos.

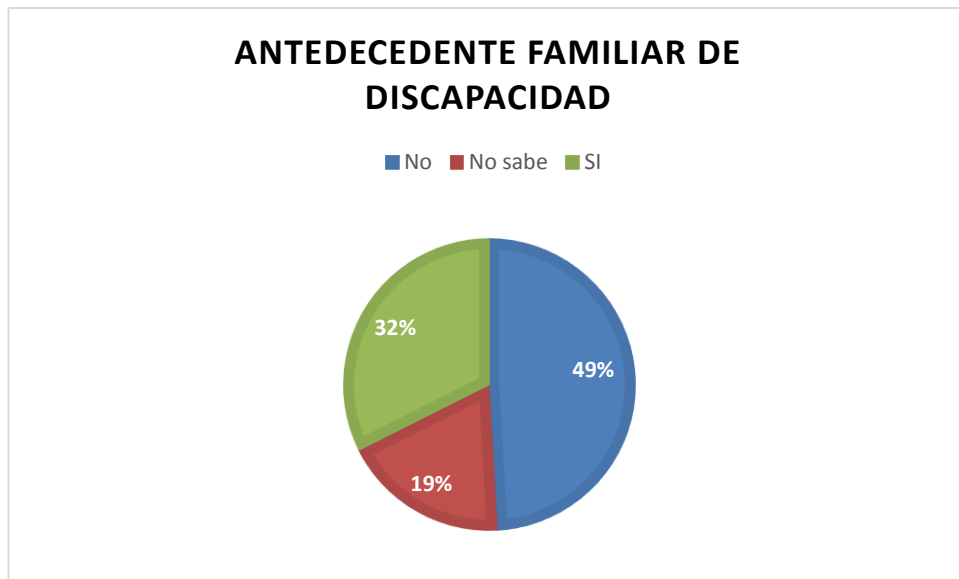
Gráfico 5 Causa principal de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 4)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El 42% de las personas con discapacidad refirieron que el origen o causa de su discapacidad es desconocido; como etiología prevenible el 37% al hallar que el 19% fue a causa de un accidente, el 9% fue a causa de condiciones de salud de la madre durante el embarazo, el 5% complicaciones en el parto, el 2% lesión autoinfligida, el 1% por consumo de psicoactivos y el 1% por enfermedad profesional; el restante porcentaje fueron etiologías como el 11% a consecuencia de enfermedades en general, el 4% por condición genética hereditaria.

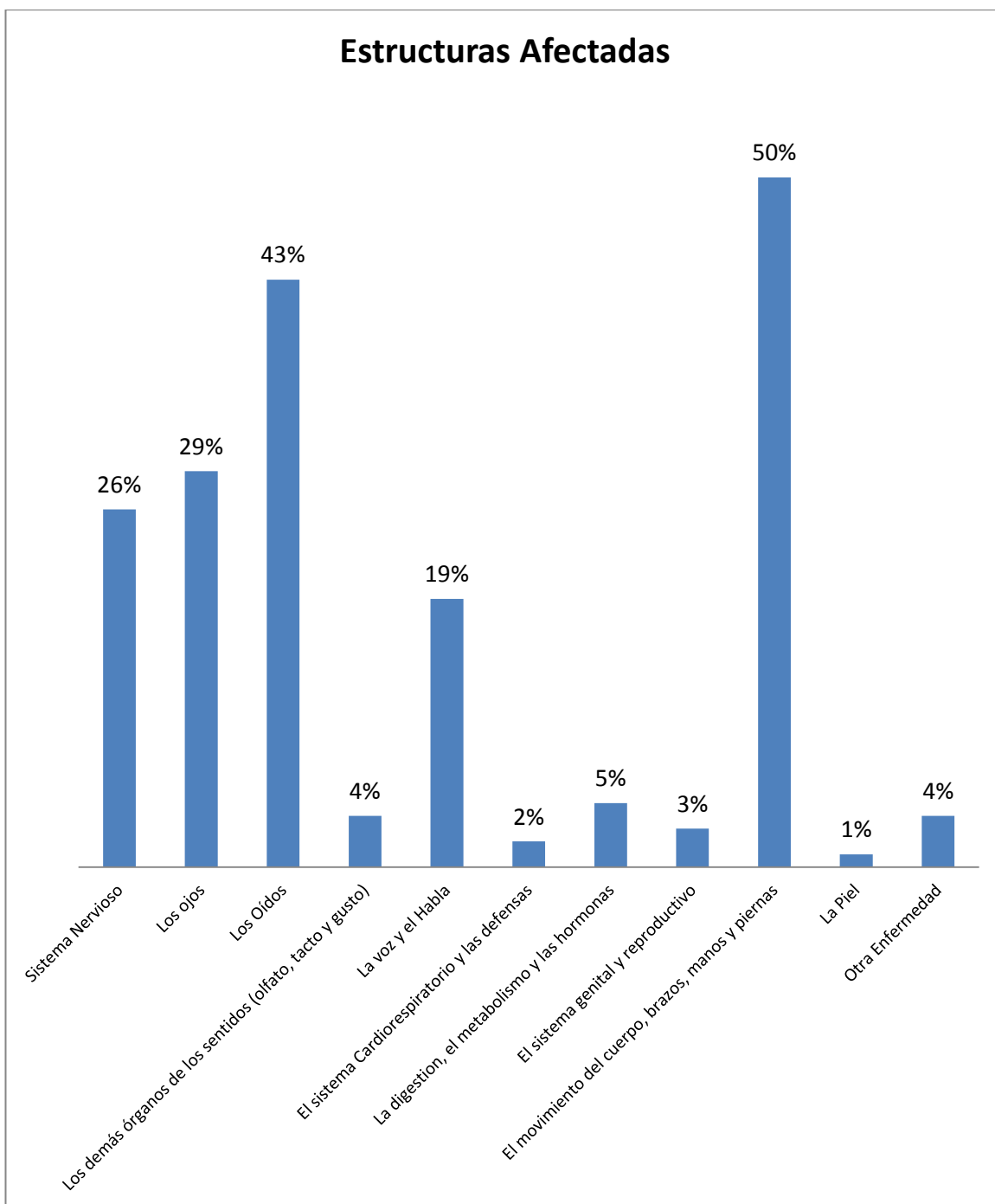
Gráfico 6 Antecedente familiar de discapacidad (ver Anexo 2 tabla 5)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El 49% de la población indica que no existe antecedente familiar, el 32% indica que si y el 19% que no sabe. Al identificar que más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población tiene antecedente familiar es importante seguir promoviendo la prevención mediante el control adecuada del embarazo.

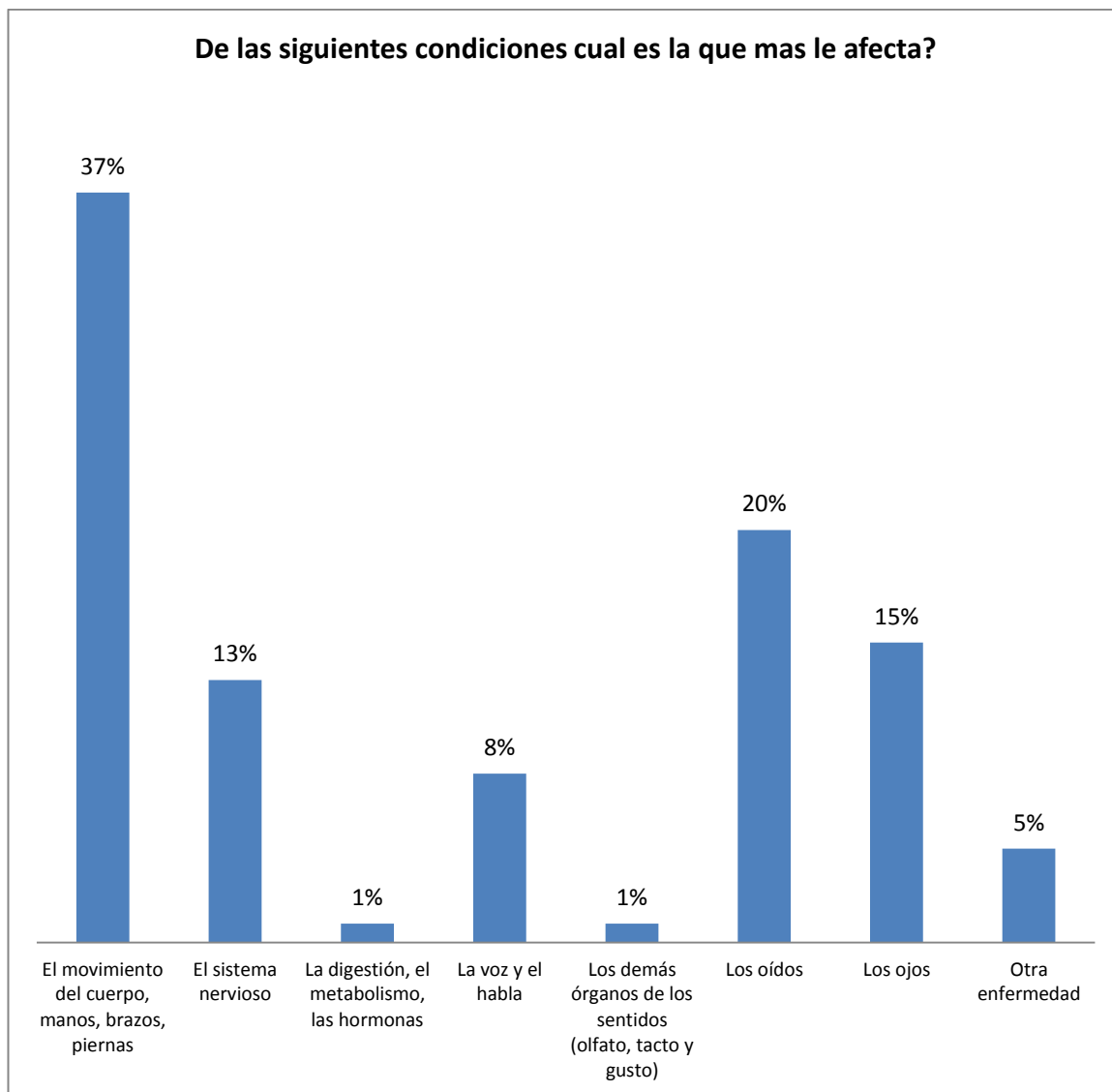
Gráfico 7 Estructuras fisiológicas que tienen afectadas las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 6)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El siguiente gráfico representa el porcentaje de personas encuestadas que revelan lesiones o deficiencias en estructuras específicas. El 50% revela afección en el movimiento del cuerpo, manos y piernas, el 43% en los oídos, el 29% en los ojos, 26% en el Sistema Nervioso, 19% en la Voz y el Habla, 4% revela otro tipo de enfermedad, 4% en los demás órganos de los sentidos, 2% en el Sistema Cardiorespiratorio y las Defensas, 3% en el Sistema Genital y Reproductivo y el 0% afecciones de la Piel.

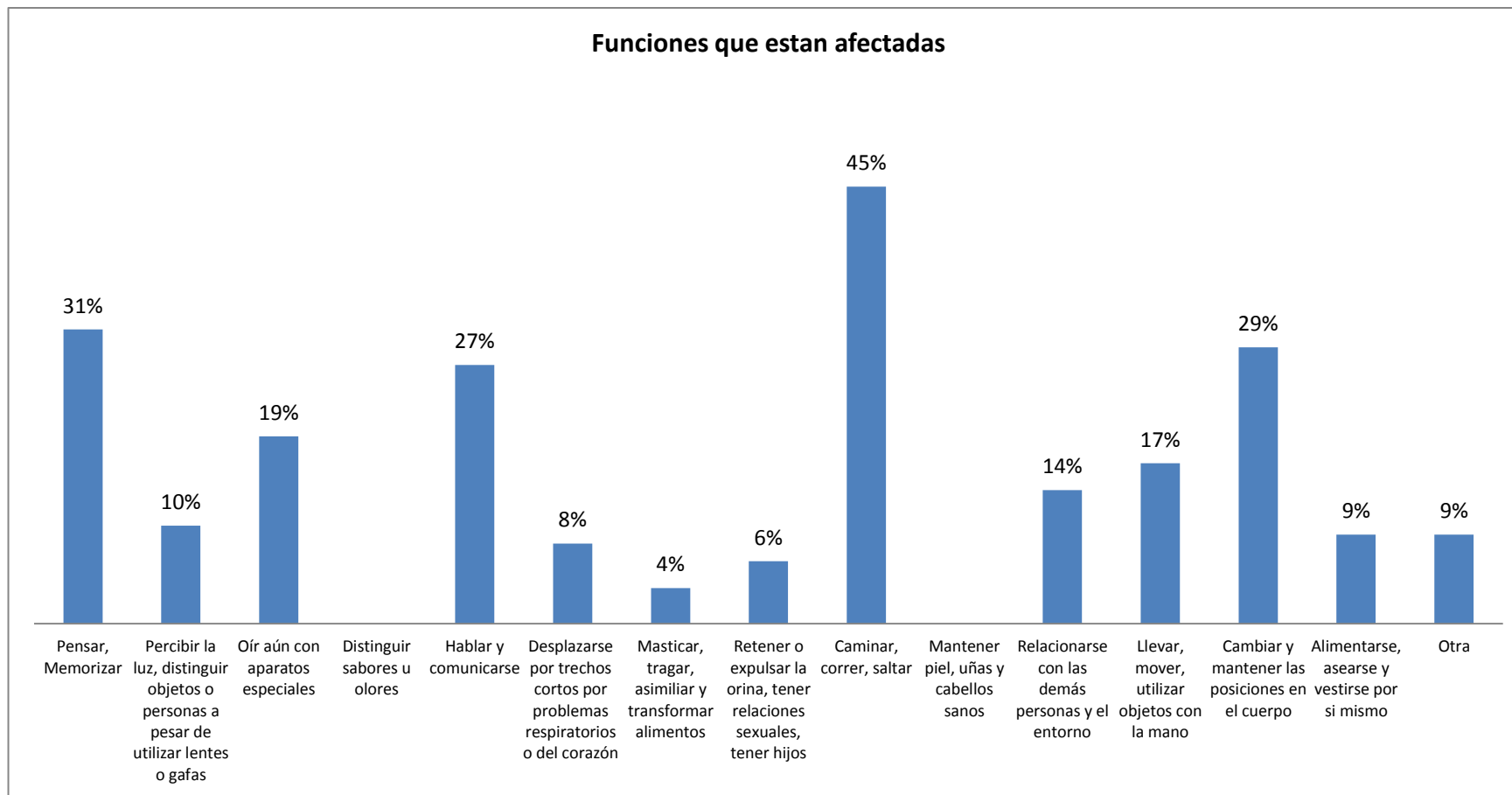
Gráfico 8 Condición más afectada en las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 7)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El siguiente gráfico representa las estructuras más afectadas para las personas que fueron encuestadas. El 37% refiere afección del Movimiento del Cuerpo, Brazos, Manos y Piernas, 20% representa a Deficiencias Auditivas, 15% Deficiencias Visuales, 13% en el Sistema Nervioso, 8% la Voz y el Habla, 1% los demás órganos de los sentidos, 1% la Digestión, el Metabolismo y las Hormonas. Lo que puede suponer una tendencia a discapacidad física.

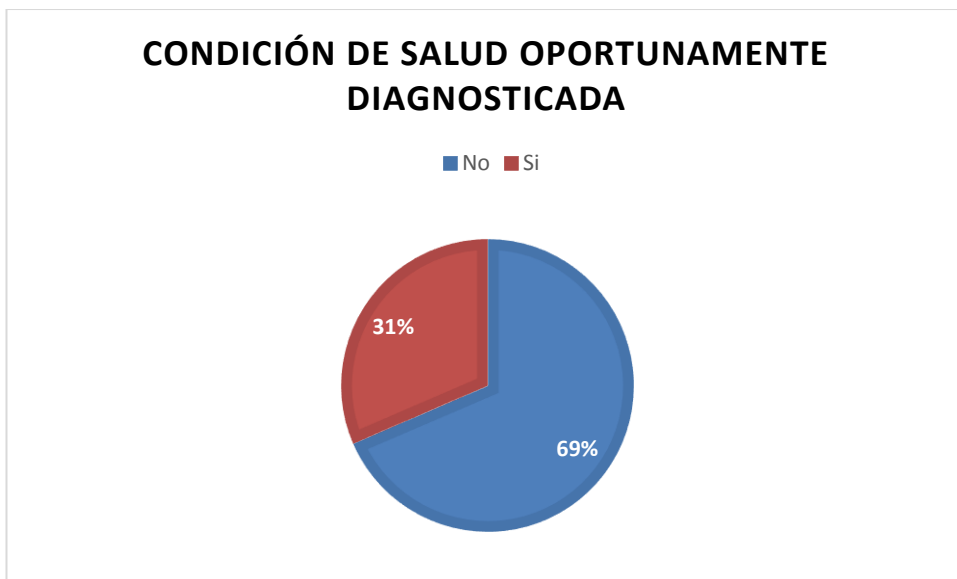
Gráfico 9 Funciones habituales que se ven más afectadas (ver Anexo 2 tabla 8)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Las funciones que están limitadas según las personas encuestadas. El 45% refiere dificultad para Caminar, Correr y Saltar, 31% Pensar y Memorizar, 29% Cambiar y Mantener las posiciones del cuerpo, 27% Hablar y Comunicarse, 19% Oír aún con aparatos especiales, 17% Llevar, mover objetos con la mano, 6% Relacionarse con las demás personas y el entorno. Las funciones como alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo, el retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, el cambiar y mantener las posiciones del cuerpo, percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de utilizar lentes o gafas, masticar, tragar, asimilar y transformar alimentos y distinguir sabores u olores no tienen porcentajes significativos.

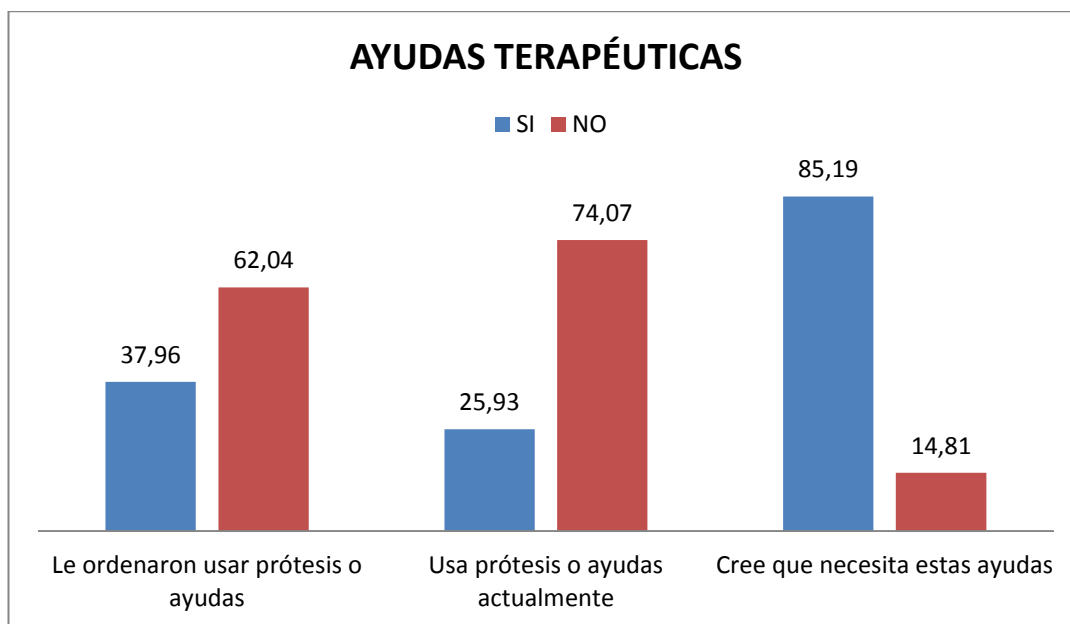
Gráfico 10 Diagnóstico oportuno de la discapacidad (ver Anexo 2 tabla 9)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El 69% manifiesta no haber tenido diagnóstico oportuno, haciendo una referencia importante de la falta de cultura de prevención, y el riesgo alto de que complicaciones se presentes, de que el tratamiento no mejore en su totalidad al paciente, de que la movilidad se vea afectada, que puedan presentarse todo tipo de alteraciones fisiológicas propias de la discapacidad y otras que sean producto de la falta de atención en salud.

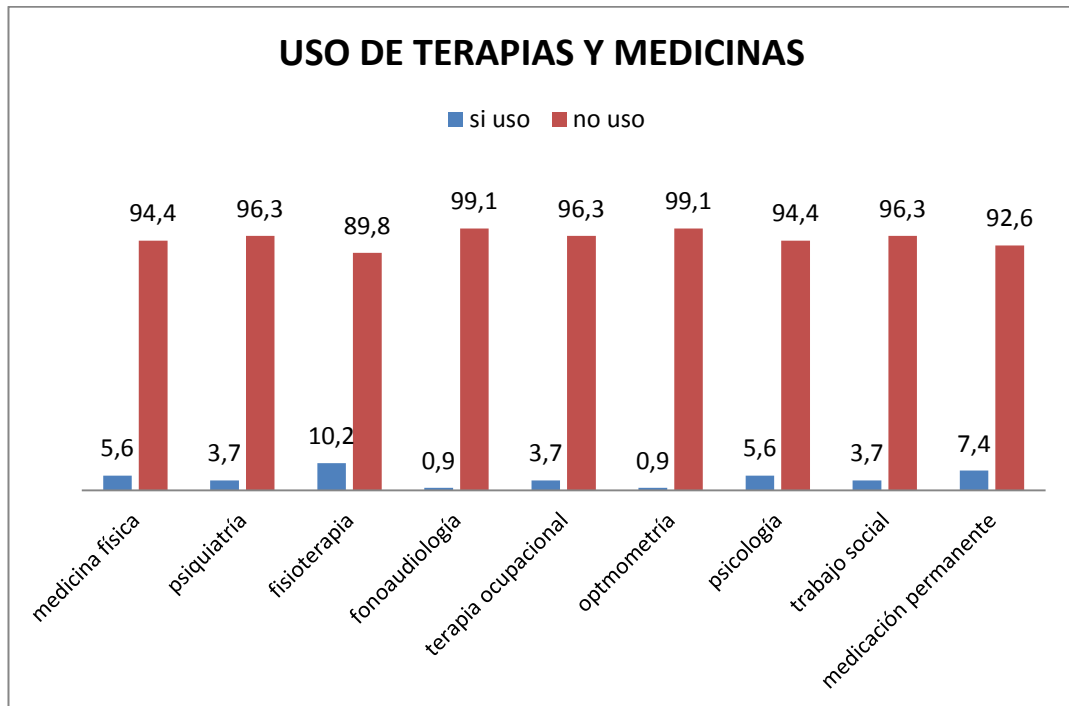
Gráfico 11 Prescripción de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes (ver Anexo 2 tabla 10)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Al 38% de la población investigada les prescribieron el uso de ayudas terapéuticas, y solamente el 26% utiliza actualmente algún tipo de prótesis o ayudas terapéuticas; sin embargo el 85% considera que si la necesita. Lo que indica que la falta de atención o de recursos influencia el uso de prótesis o de ayudas terapéuticas.

Gráfico 12 Uso de diferentes tipos de terapias (ver Anexo 2 tabla 11)

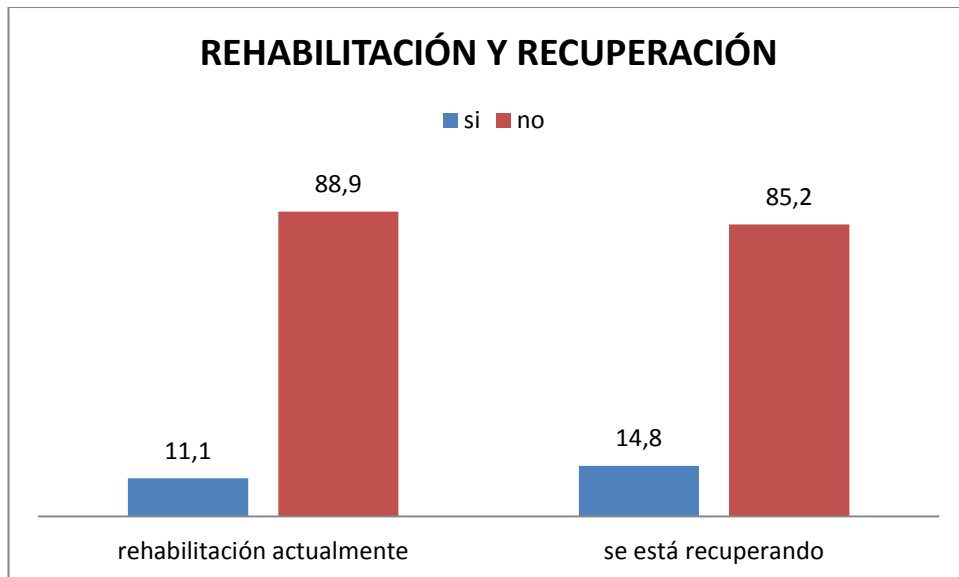


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El recurso más usado por los sujetos de investigación es la fisioterapia 10%, la medicación permanente 7%, y la medicina física 6%. La fonoaudiología y la optometría son las terapias menos usadas.

Al tener mayor porcentaje de personas con discapacidad física la rehabilitación y fisioterapia debe ser la terapia de mayor uso.

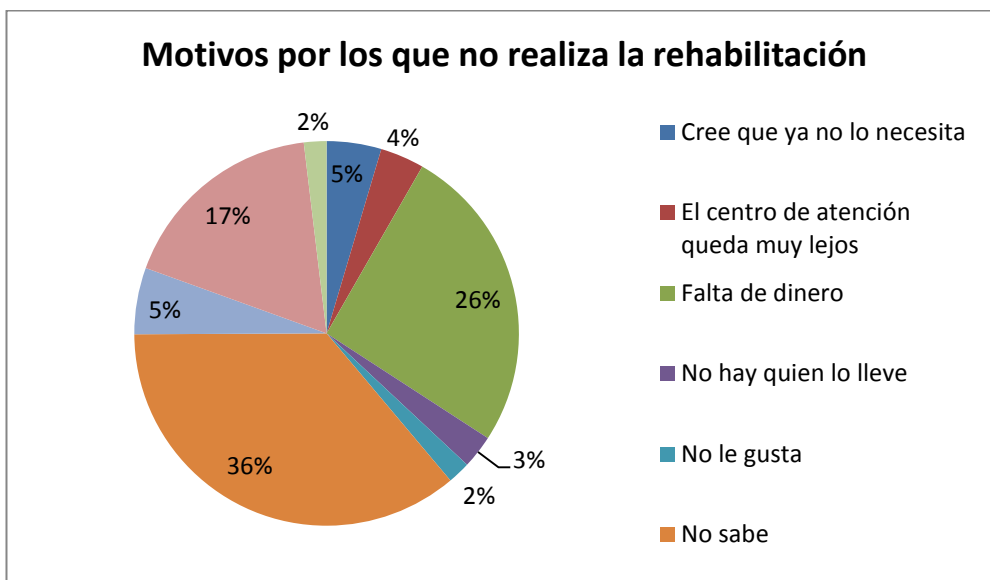
Gráfico 13 Uso Rehabilitación actualmente y recuperación (ver Anexo 2 tabla 12)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene.

Únicamente el 11% de la población realiza rehabilitación, lo que indica que de cada 100 personas solo 11 lo realizan, considerando que la mayoría de personas con discapacidad en el cantón Otavalo sufren discapacidad física, y necesita indiscutiblemente de rehabilitación para mejorar su movilidad y ayudar a prevenir complicaciones. Sin embargo se halló que el 15% considera que se está recuperando, inclusive sin hacer rehabilitación.

Gráfico 14 Motivos por los cuáles no reciben rehabilitación (ver Anexo 2 tabla 13)

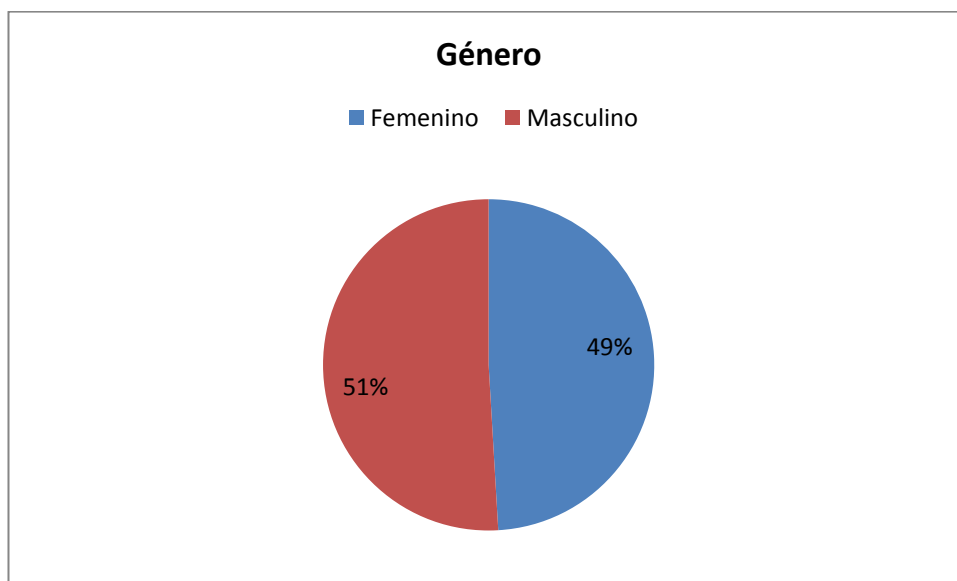


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Se identificó diversas causas para el no haber rehabilitación física, el 36% indica que no sabe porque no la realiza, el 26% refiere que es debido a la falta de recurso económico, y grupos poco significativos indican que porque no la consideran necesaria o porque no le gusta.

Características sociodemográficas y económicas

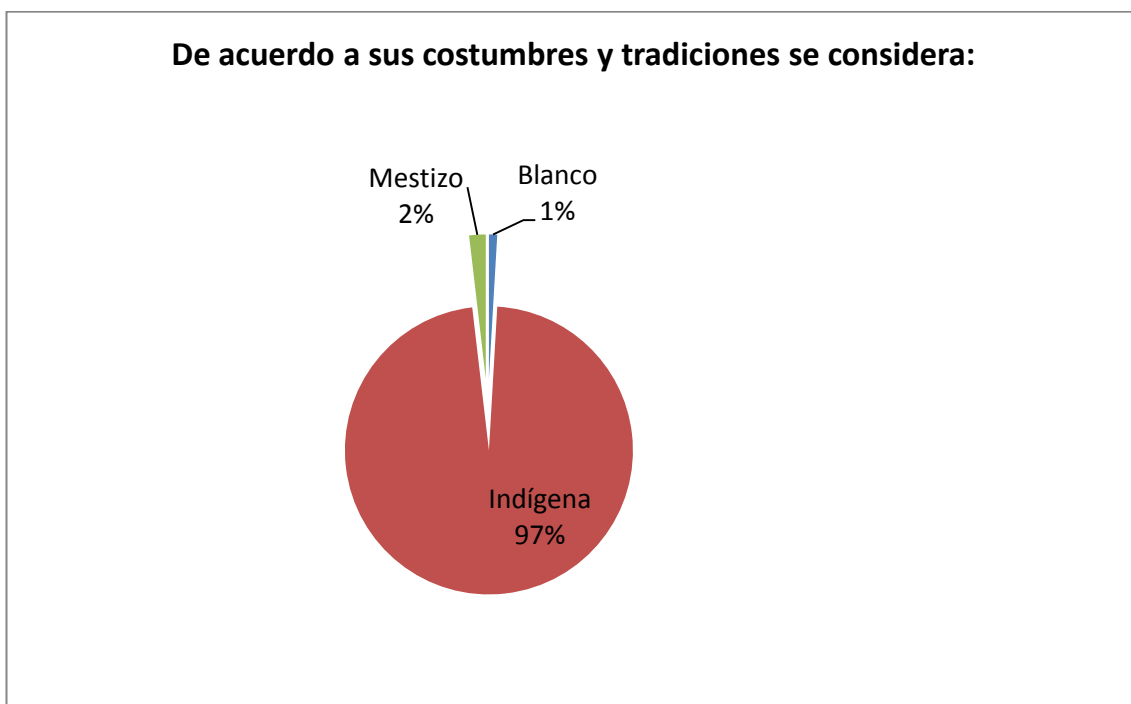
Gráfico 15 Género de la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 14)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

En el siguiente gráfico se puede apreciar que del 100% de personas encuestadas, 49% es femenino y el 51% es masculino. Por lo que casi puede estimarse que la proporción es de 1:1 en esta variable. Considerando que en el Ecuador la densidad poblacional incide siempre una tendencia mayoritaria del género femenino cuando la población se encuentra en condiciones normales; mientras que en discapacidad se ha hallado según el (Diario la Hora, 2013) que el 55% de las personas con discapacidad son hombres. Similitud al estudio.

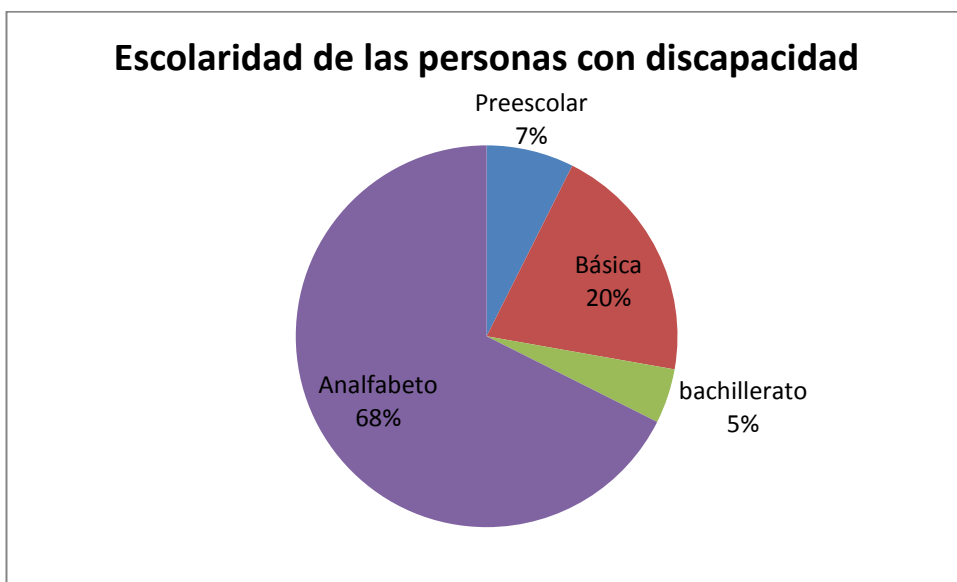
Gráfico 16 Etnia de la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 15)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Las etnias encontradas dentro de las comunidades visitadas, teniendo predominancia la Indígena con 97%, seguida de la Mestiza con 2% y Blanca con 1%. Es importante indicar que es una parroquia de predominancia indígena, por lo que si se halló similitud con la muestra obtenida.

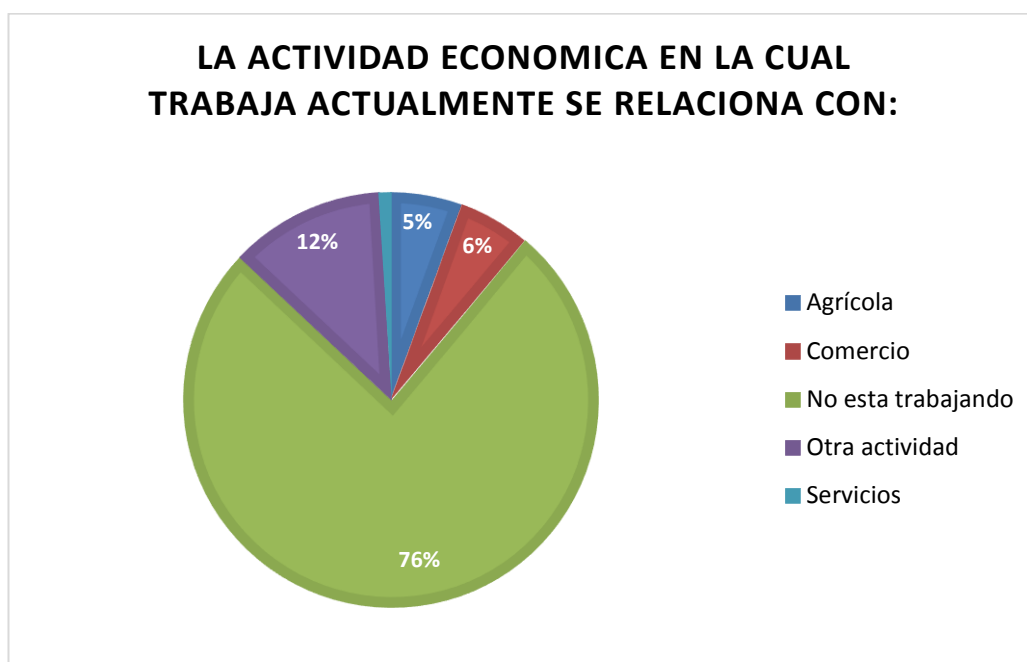
Gráfico 17 Escolaridad de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 16)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Lo más relevante de esta variable fue que se halló que el 68% es analfabeto o en el mejor de los casos alfabetizado, lo que refiere la poca motivación para estudiar en esta población o la falta de cobertura en las Instituciones educativas.

Gráfico 18 Actividad económica de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 17)

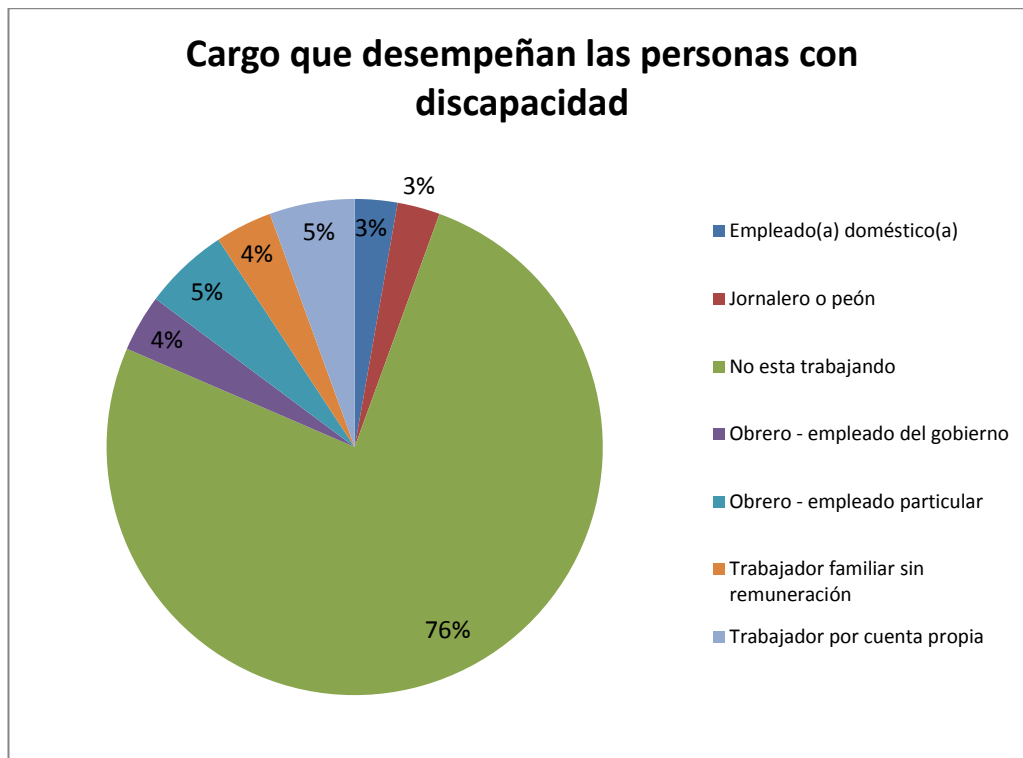


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

La actividad en la que se desenvuelven las personas con discapacidad en el área investigada es la del comercio y la agrícola. Considerando que solamente el 11% de ellos trabaja en estas áreas. Un 12% no especificó el área donde trabaja, sin embargo si trabaja.

Lo relevante de esta información es que existe una tasa de desempleo del 76%.

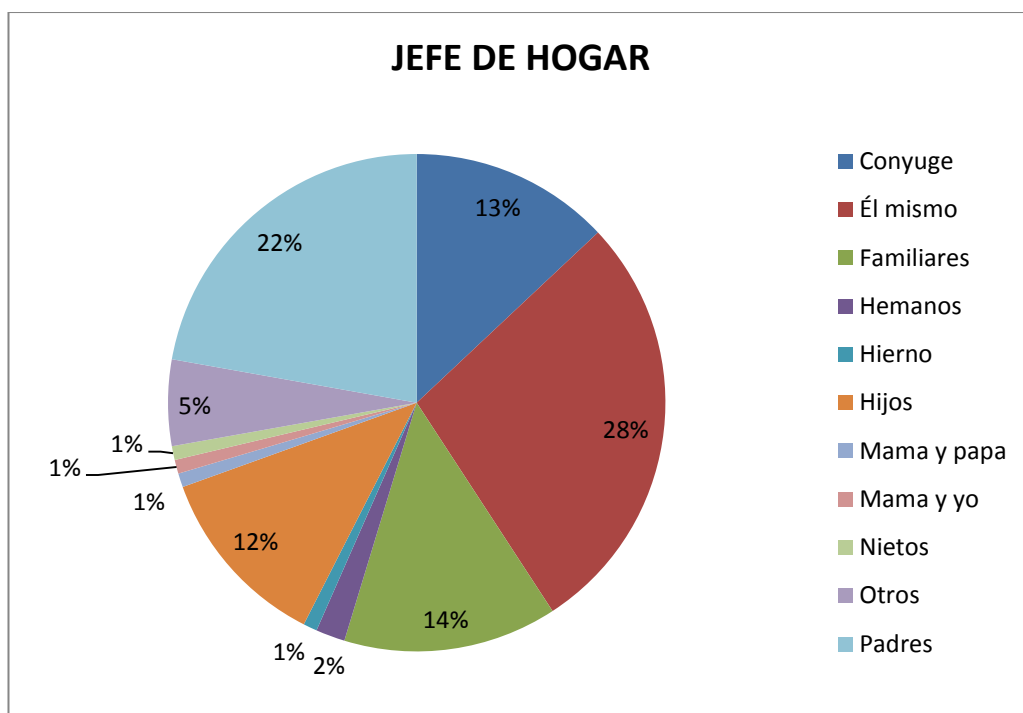
Gráfico 19 Cargo que desempeña en el trabajo (ver Anexo 2 tabla 18)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Del 24% de personas que refieren trabajar la mayoría lo hace como obrero o empleado particular o trabajador por su propia cuenta, también como trabajador familiar sin remuneración.

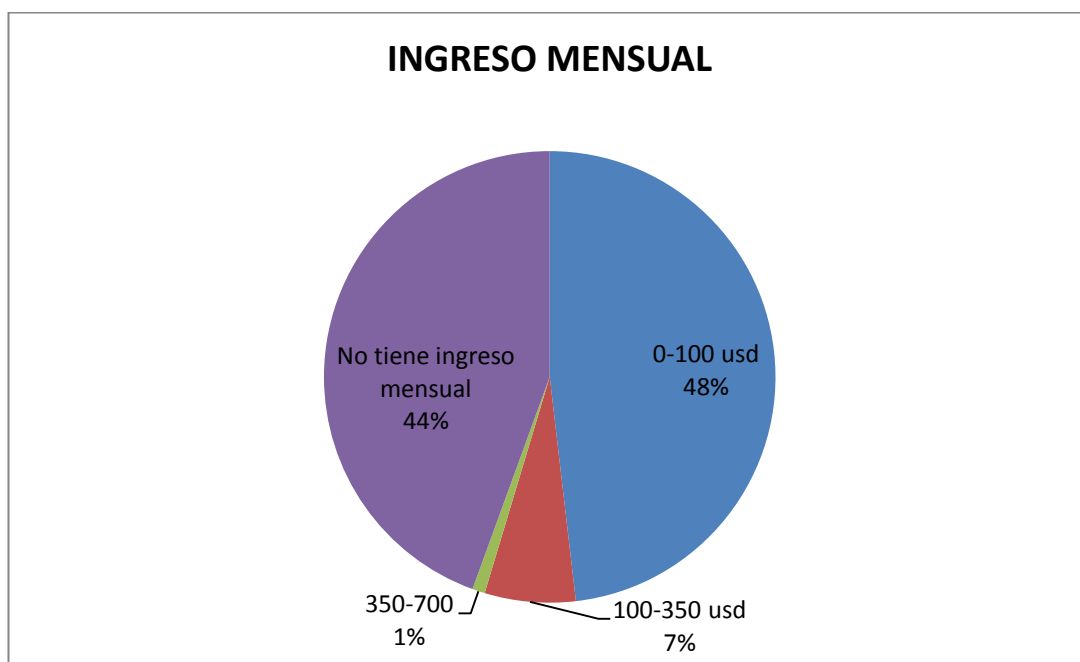
Gráfico 20 Jefe del hogar de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 19)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

En la mayoría de las familias con personas discapacitadas se halló que el 28% de ellas la persona con discapacidad es quien mantiene el hogar. Del 22% de las familias el jefe de hogar es el padre y/o madre; indicando dependencia directa, otros porcentajes significativos refieren que son los familiares y los hijos.

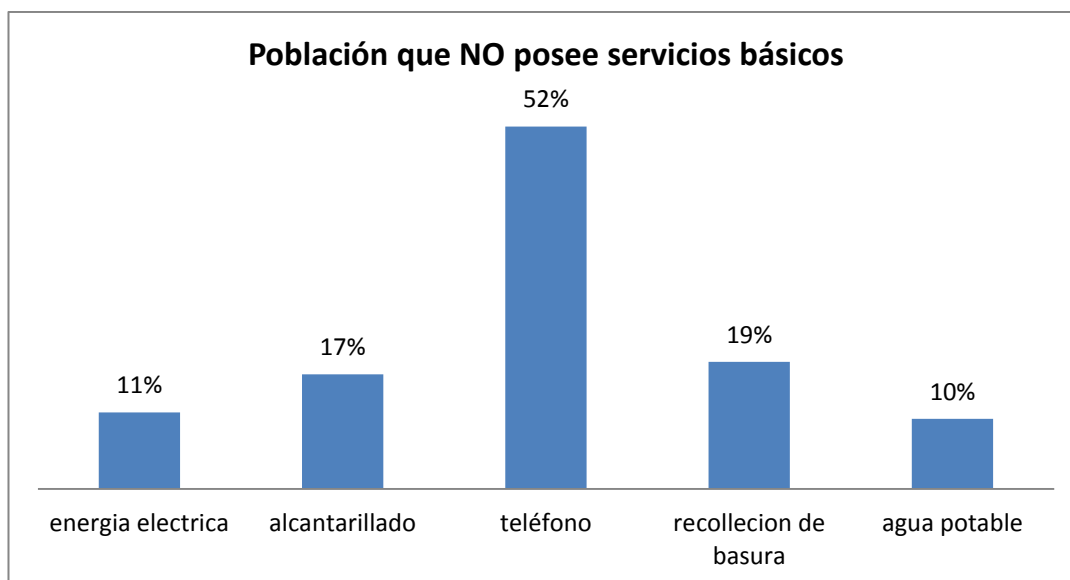
Gráfico 21 ingreso mensual promedio de las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 20)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El ingreso mensual que refieren las personas con discapacidad en su mayoría 48% es de 0 a 100 dólares, un ingreso sumamente bajo que no cubre ni las necesidades básicas. Y la otra mitad 44% no recibe ningún tipo de ingreso mensual, el 1% percibe más del salario mínimo vital. También se halló 7% de personas que reciben un ingreso mensual de 100 a 350 dólares.

Gráfico 22 Disponibilidad de servicios básicos en la población con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 21)

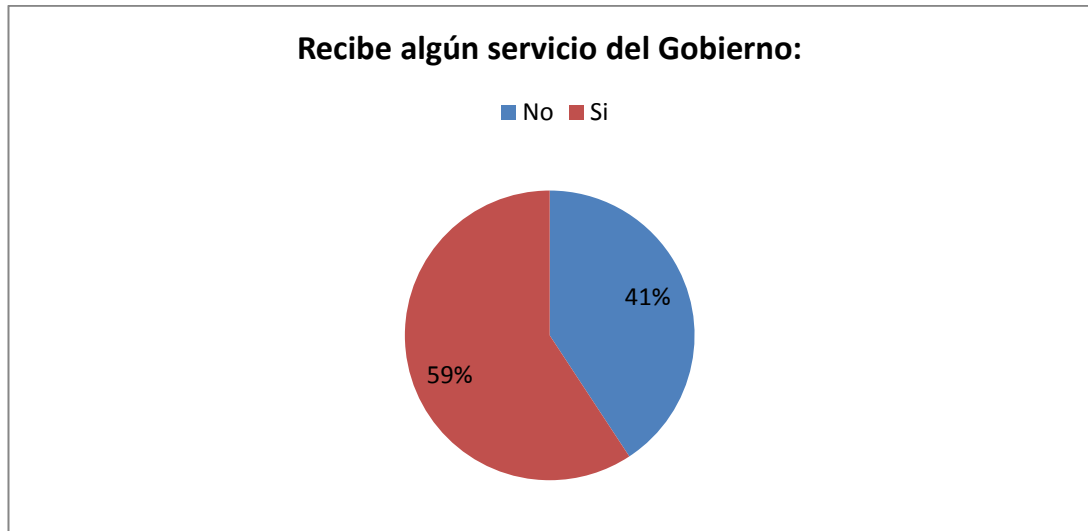


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El gráfico muestra el porcentaje de personas encuestadas que NO poseen servicios básicos actualmente. El 17% no posee recolección de Basura, 10% no posee agua potable, 11% no posee energía eléctrica, 17% no posee alcantarillado y el 52% no posee teléfono.

Al no poseer disponibilidad de servicios como energía eléctrica (11%) y agua potable (10%) no se asegura una calidad de vida para esta población. El alcantarillado no disponen el 17%.

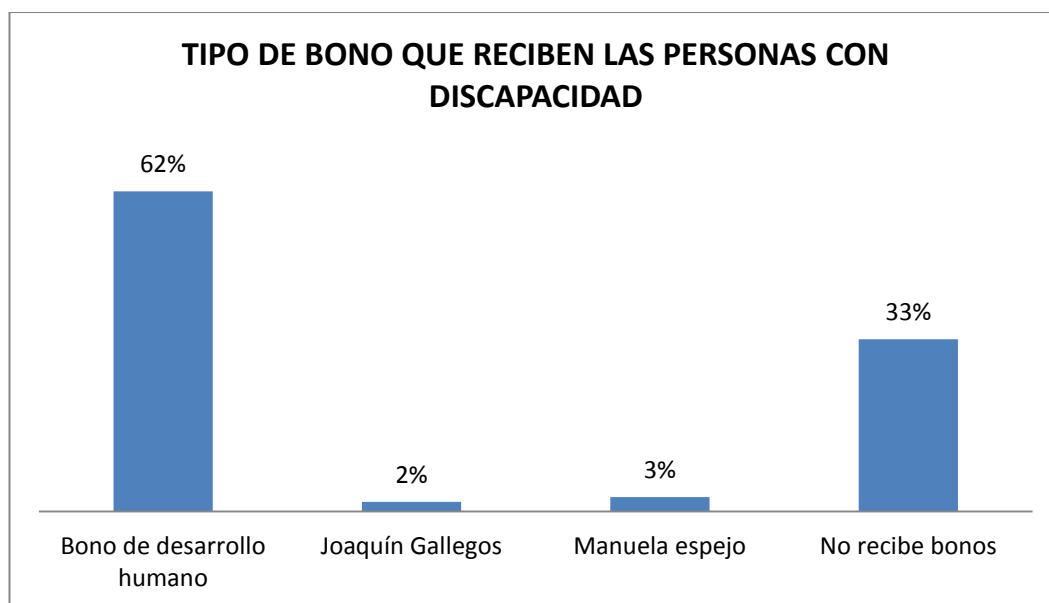
Gráfico 23 Apoyo del gobierno a las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 22)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El gráfico representa el porcentaje de la población encuestada que recibe algún servicio del gobierno. De esta forma el 59% dice recibirlo en tanto que el 41% no lo hace. Por lo que se asume que la cobertura de las campañas para mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad aún no cubre toda la población vulnerable.

Gráfico 24 Tipo de ayuda que reciben del gobierno las personas con discapacidad (ver Anexo 2 tabla 23)

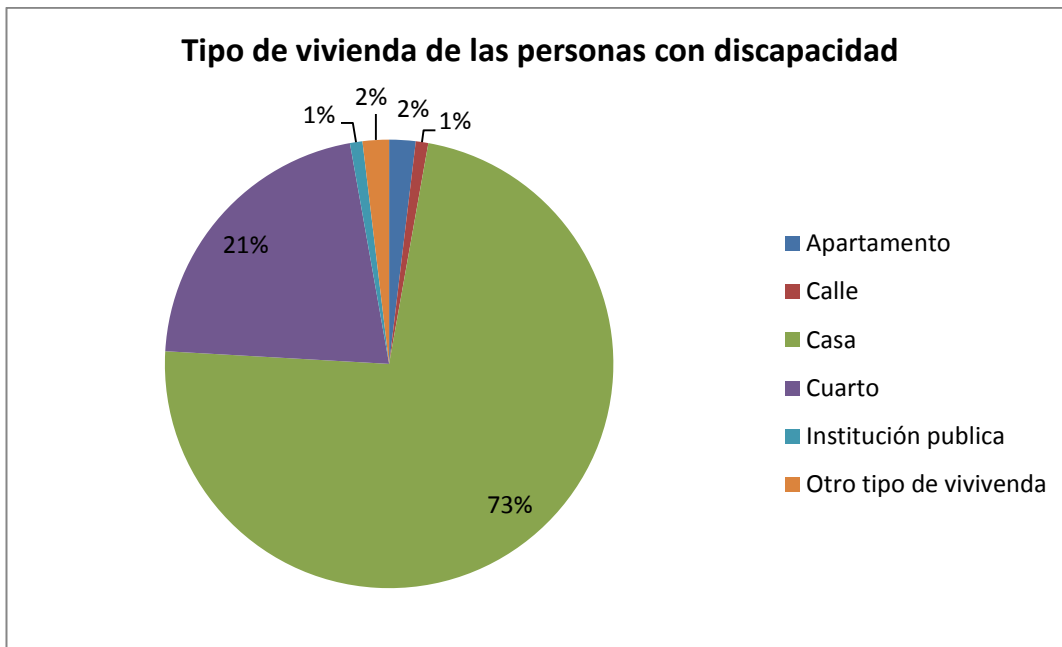


Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

El siguiente cuadro representa al porcentaje de la población que SI recibe algún Bono específico del gobierno. El 33% no recibe bono del Gobierno, el 62% recibe ayuda del Bono de Desarrollo Humano, el 3% SI recibe ayuda de la Misión Manuela Espejo, y el 2% SI recibe el Bono Joaquín Gallegos Lara.

El bono de desarrollo humano es un valor de ayuda económica a personas vulnerables que el Gobierno ofrece a quienes se encuentran en una condición económica baja. La Misión Manuela espejo que es la misión que está direccionada a la ayuda de este grupo solamente cubre el 4% de la población. La Misión Joaquín Gallegos también está direccionada a este grupo vulnerable y sin embargo se ubica a muy pocas personas con este beneficio.

Gráfico 25 Tipo de vivienda de las personas con discapacidad (Ver Anexo 2 tabla 24)



Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

La mayoría de las personas tienen disponibilidad de casa 73%, el 21% vive en un cuarto, en porcentajes menos significativos se hallaron personas que viven en apartamentos, calle, otro tipo de vivienda

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. (CONADIS, 2015)

En Otavalo los datos del CONADIS con un corte con fecha mayo de 2015, 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.

La etiología de la discapacidad en la mayoría de los casos es desconocida 42%. El evento prevenible (accidente) 19%. El antecedente familiar está presente en el 32% de la población estudiada.

En este estudio se evidenció el 56% de las personas que tienen algún tipo de discapacidad física, seguido de una prevalencia del 20%, que tiene discapacidad auditiva, el 16% tiene discapacidad visual, y el 8% tiene discapacidad de lenguaje. Los datos coinciden con el CONADIS. 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 población investigada la mayoría de personas pertenecen a la etnia indígena 97%, dentro de las características sociales se identificó que la prevalencia de discapacidad se da mayoritariamente en el género masculino en un 51%.

Las barreras que impidieron desenvolverse en los aspectos de la vida diaria a las personas con discapacidad son en un 19% en las calles y vías, el 12% en los vehículos. Dentro de la vivienda el 8% de las personas encuentran barreras en el dormitorio y el 7% en las escaleras. 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.

Las personas con discapacidad en su mayoría son analfabetos 68%, y se refleja en el 76% de desempleo, sin embargo el 28% de ellos mantienen el hogar como jefe del mismo.

El 76% de la población al momento de la encuesta no se encuentra trabajando, lo que arroja una tasa de desempleo del 76%, el ingreso menor al (SMV), salario mínimo vital se da en el 55% de las personas. Un poco más de la mitad (59%) de la población si recibe ayuda del gobierno, y el apoyo mayoritario proviene del Bono de Desarrollo Humano en un 62%. 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)

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 logaron 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 población investigada en el 3%.

Solamente el 10% de la población realiza rehabilitación fisioterapia, y si se considera que la población tiene una prevalencia alta de problemas de discapacidad física la cobertura del tratamiento es muy baja. "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)

En Ecuador, son pocos estudios los realizados, sin embargo el CONADIS, siempre se encuentra realizando cohortes para identificar los cambios en las estadísticas de las prevalencias de los diferentes tipos de discapacidad.

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.

4.3 Conclusiones.

- Geográficamente el mayor porcentaje de personas con discapacidad se encuentra en el barrio San Luis de Agualongo 32%, Iluman alto 19% y Sinsiuco 14%.
- La condición que tiene más repercusión en las personas con discapacidad es el movimiento del cuerpo, manos y pies. La discapacidad física tuvo una prevalencia de 56% en la población en estudio, la discapacidad auditiva es del 20%, discapacidad visual es de 16% y la del lenguaje de 8%. La causa de mayor predominancia es de origen desconocido 42%, de origen prevenible el 37% (accidente 19%, condiciones de embarazo 9%, complicaciones del parto 5%, lesión autoinfligida 2%, consumo de psicoactivos 1%, enfermedad

profesional 1%). La condicione hereditaria tuvo una prevalencia de 4%.

- Las condiciones socioeconómicas encontradas fueron: predominancia de discapacidades en personas de sexo masculino con una diferencia poco significativo, sin embargo se halló similitud a los estudios del CONADIS, el 100% de las personas con discapacidad encuestadas son ecuatorianas, con predominancia indígena con un 97%, la población encuestada refiere poseer servicios básicos en su mayoría, el 62% de la población recibe el Bono de Desarrollo Humano, la Misión manuela espejo que es la que está destinada a este grupo vulnerable solo tiene una cobertura del 3%. La situación socio económica de la población es baja, se halló el 76% de desempleo.

4.4 Recomendaciones.

- Promover el cuidado integral en casa y apoyo oportuno a personas con discapacidad.
- Promover en las madres desde el momento de la concepción la prevención y tamizaje de enfermedades que pueden provocar las discapacidades.
- Se halló un porcentaje significativo de etiología prevenible como son los accidentes, por lo que es indispensable que se capacite en los lugares de trabajo en la zona urbana y rural sobre cómo prevenir accidentes laborales. Así mismo promover la cultura vial, porque los accidentes de tránsito son la causa frecuente dentro de la discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P., & Pérez, J. (2011). *Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España*. Recuperado el 13 de 07 de 2014, de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/volumen-25/numero-supl2>
- Agencia pública de noticias del Ecuador y Suramérica ANDES. (7 de agosto de 2013). *La Misión Manuela Espejo potenciará, reforzará y ampliará su cobertura en 2013*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/mision-manuela-espejo-potenciara-reforzara-ampliara-cobertura-2013.html>
- 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
- Bautista, R. (1993). *Necesidades Educativas Especiales*. Buenos Aires: ediciones Aljibe.
- Cazar, R. (2001). *BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE LAS DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR*. Recuperado el 01 de 08 de 2014, de CONADIS: http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm
- Cazar, R. (2001). *icevi.org*. Obtenido de http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm
- Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y de Salud (CIF)*. (s/f). Recuperado el 18 de 04 de 2015, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3562%3Aclasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&catid=2642%3Acha-clasificacion-internacional-funcionamiento-cif-&Itemid=2561&lang=es

- clubensayos.com. (12 de 2013). *Características Socioculturales*. Recuperado el 01 de 05 de 2015, de <http://clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/1-Caracter%C3%ADsticas-Socioculturales/1331251.html>
- CONADIS. (2015). *Estadísticas personas con discapacidad*. Recuperado el 04 de 05 de 2015, de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/registro_nacional_discapacidades.pdf
- Constitución del Ecuador. (2008). Recuperado el 28 de 10 de 2014, de http://www.eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Derechos_de_las_personas_y_grupos_de_atenci%C3%B3n_prioritaria
- Cozar, J. L. (16 de 03 de 2004). *Deficiencia Visual: Intervención Psicopedagógica*. Recuperado el 29 de 04 de 2015, de Psicopedagogía.com:
<http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=459>
- Diario la Hora. (01 de marzo de 2006). noticias imbabura. *Analizaron la discapacidad en imbabura*. Obtenido de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/399855/-1/Analizaron_la_discapacidad_en_Imbabura.html#.VDmrfvI5OX8
- Diario la Hora. (martes 9 de julio de 2013). Actualizan datos de personas con discapacidad. *La Hora*.
- Diario la Hora. (03 de 12 de 2013). *En Ecuador hay 361.487 personas con discapacidad, la mayoría en las provincias Guayas y Pichincha*. Recuperado el 21 de 12 de 2014, de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101601307/-1/En_Ecuador_hay_361.487_personas_con_discapacidad,_la_mayor%C3%ADa_en_las_provincias_Guayas_y_Pichincha.html#.VJguwX0AE0
- discapacidad online.com. (marzo de 2012). *Discapacidad Ecuador Misión Joaquín Gallegos Lara*. Recuperado el 20 de 08 de 2014, de <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-joaquin-gallegos-lara.html>

- 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>
- Gisbert, J., Mardomingo, M., Cebada, J., Sánchez, M., Rodríguez, P., Soliz, R., . . . Valverde, J. (1991). *Educación especial*. 9° reimpresión. Madrid: Cincel.
- 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 Estado de Nuevo de León. (s/f). *Personas con discapacidad*. Recuperado el 10 de 11 de 2014, de http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad
- Gomez, H. (2001). *Antropología de la discapacidad y dependencia*. Madrid.
- INEC. (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Recuperado el 02 de 05 de 2015, de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90&
- madrid.org. (2008). *Concepto de discapacidad*. Recuperado el 19 de 09 de 2014, de GUÍA PARA CONSEGUIR UNA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES INCLUSIVA EN LAS ORGANIZACIONES: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2->

CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310853507259&ssbinary=true

Marchesi, A., Coll, C., & Palacios, J. (2004). *Desarrollo Psicológico y Educación III*. Madrid: Alianza Editorial S. A.

Ministerio de Educación Guatemala. (2006). *Manual de atención a las necesidades educativas especiales en e l aula*. . Obtenido de http://www.mineduc.gob.gt/DIGEESP/documents/manual_de_discapacidades.pdf

Muñoz, Á. (2012). *Plan de Desarrollo Organizacional de San Juan de Ilumán*. Recuperado el 04 de 05 de 2015, de http://issuu.com/azulesalvi/docs/pdot_iluman

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

Organización Mundial de la salud. (2001). *Clasificación Internacional de funcionamiento de la discapacidad y la salud: CIF*. Santander.

Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *world report*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *world report*. Obtenido de discapacidad y rehabilitación: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Plan de Desarrollo del Buen Vivir. (2013). Recuperado el 15 de 10 de 2014, de <http://www.buenvivir.gob.ec/herramientas>

(2013-2017). Plan Nacional del Buen Vivir .

Reascos, H. (lunes 23 de diciembre de 2013). *Imbabura se destaca por atender a personas con discapacidad*. Obtenido de Diario la Hora: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101610104/-1/Imbabura_se_destaca_por_atender_a_personas_con_discapacidad.html#.VDQv-hajkrO

Samaniego, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica*. Recuperado el 29 de 07 de 2014, de <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/D>

ocumentos/Tecnica/Documents/79216aa9238145598a639e0518e5d8
08Aproximaciona la realidad.pdf

Santucci, M. (2005). *Educandos con discapacidades diferentes*. Recuperado el 20 de 09 de 2014, de http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=0y5XN9rxGkgC&oi=fnd&pg=PA15&dq=related:btSUfANNpuEJ:scholar.google.com/&ots=WEDoOgFjGc&sig=7KjKABrmJrX_bkW9R_wpjT15sDg#v=onepage&q&f=false

SENPLADES. (2013). *Plan de Desarrollo del Buen Vivir*. Recuperado el 25 de 02 de 2015, de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Sierra, O. (16 de Abril de 2014). *Atendiendo Necesidades*. Recuperado el 30 de Abril de 2015, de <http://atendiendonecesidades.blogspot.com/2012/11/distintos-tipos-de-discapacidad-y-sus-caracteristicas.html>

Telecentros para todos.com. (s/f). *Conociendo las deficiencias*. Recuperado el 20 de 04 de 2015, de Disapacidad física: <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.htm>
|

Turismo en san Juan de Iluman. (2013). *Historia de Iluman*. Recuperado el 04 de 05 de 2015, de <http://ilumanturistico.blogspot.com/p/historia.html>

Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2012). Estudio Biopsicosocial Clínico Genético de las Personas con Discapacidad del Ecuador. En V. d. República, *"Memorias"* (págs. 57,58). Quito: Vicepresidencia de la República.

Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2012). *Misión Solidaria Manuela Espejo*. Quito: Vicepresidencia de la República.

Villafuerte, J. d. (miercoles 1 de marzo de 2006). Analizaron la discapacidad. *La Hora*, págs. <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/399855/->

1/Analizaron_la_discapacidad_en_Imbabura.html#.U7jOx1V5OfO.

Obtenido

de

<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/399855/->

1/Analizaron_la_discapacidad_en_Imbabura.html#.U7jOx1V5OfO

WHO, OMS. (2013). *10 datos sobre la discapacidad*. Recuperado el 30 de 11 de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

ANEXOS

Anexo 1. Fotografías



Censo realizado en la comunidad de Agualongo



Colación de stickers en cada casa visitada



Censo realizado en la comunidad de Angelpamba



Habitantes de la comunidad de Iluman Alto



Censo en la comunidad de Sinsiuco



Censo realizado en la comunidad de Jahuapamba



Censo realizado en la comunidad de Pinsaquí



Censo realizado en la comunidad de Karabuela



Censo realizado en la comunidad de Ilumán Bajo



Censo realizado en la comunidad de Ilumán Alto

Anexo 2. Tablas

Tabla 1 Georeferenciación

COMUNIDAD	Nº	%
Ilumán Bajo	5	4,63
Ilumán Alto	20	18,52
Pinsaquí	9	8,33
San Luis de Agualongo	35	32,41
Angel Pamba	7	6,48
Carabuela	7	6,48
Jahuapamba	10	9,26
Sinsiuco	15	13,89
Total	108	100

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 2 Tipos de discapacidad

Discapacidad	Nº	%
Visual	17	15,74
Auditiva	22	20,37
De lenguaje	9	8,33
Física	60	55,56
Total	108	100,00

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 3 Conocimiento del origen de la discapacidad

Conocimiento del origen de la discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	45,00%
no	59	55,00%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 4 Causa principal de la discapacidad

Causa principal	Frecuencia	Porcentaje
Accidente	21	19,40%
Alteración genética, hereditaria	4	3,70%
Complicaciones en el parto	6	5,60%
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	10	9,30%
Consumo de psicoactivos	1	0,90%
Dificultades en la prestación de servicios de salud	1	0,90%
Enfermedad general	12	11,10%
Enfermedad profesional	1	0,90%
Lesión autoinfligida	2	1,90%
No sabe	45	41,70%
Otras	4	3,70%
Víctima de violencia	1	0,90%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 5 Antecedentes familiares de discapacidad

Antecedente familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	53	49,10%
No sabe	20	18,50%
SI	35	32,40%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 6 Estructuras más afectadas

Estructuras fisiológicas	AFECTADAS		NO AFECTADAS		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sistema nervioso	28	26	80	74	108	100
Los ojos	31	29	77	71	108	100
Los oídos	46	43	62	57	108	100
Organos de los sentidos	4	4	104	96	108	100
La voz	21	19	87	81	108	100
Sistema cardiorespiratorio	2	2	106	98	108	100
La digestión	5	5	103	95	108	100
Sistema genital y reproductor	3	3	105	97	108	100
Movimiento	54	50	54	50	108	100
Piel	1	1	107	99	108	100
Otra enfermedad	4	4	104	96	108	100

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 7 estructuras más afectadas

Más afectada	Frecuencia	Porcentaje
Movimiento	40	37,00%
Sistema nervioso	14	13,00%
La digestión	1	1,00%
La voz y el habla	9	8,00%
Los demás órganos	1	1,00%
Los ojos	22	20,00%
Los oídos	16	15,00%
otros	5	5,00%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 8 Funciones más afectadas

Funciones	AFECTADAS		NO AFECTADAS		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Pensar	33	31	75	69	108	100
Percibir luz	11	10	97	90	108	100
Oír	21	19	87	81	108	100
Distinguir sabores	0	0	108	100	108	100
Hablar	29	27	79	73	108	100
Desplazarse	9	8	99	92	108	100
Masticar	4	4	104	96	108	100
Retener orina	6	6	102	94	108	100
caminar	49	45	59	55	108	100
Mantener uñas y piel sana	0	0	108	100	108	100
Relacionarse con los demás	15	14	93	86	108	100
Llevar objetos	18	17	90	83	108	100
Cambiar de posición	31	29	77	71	108	100
Alimentarse	10	9	98	91	108	100
Otra	10	9	98	91	108	100

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 9 Diagnóstico oportuno

Diagnóstico oportuno	Frecuencia	Porcentaje
No	74	68,50%
Si	34	31,50%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 10 Ayudas terapéuticas

AYUDAS TERAPEUTICAS	SI		NO	
	Frec	%	Frec	%
Le ordenaron usar prótesis o ayudas	41	37,96	67	62,04
Usa prótesis o ayudas actualmente	28	25,93	80	74,07
Cree que necesita estas ayudas	92	85,19	16	14,81

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 11 Tipo de tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	si uso		no uso	
	Frec	%	Frec	%
medicina física	6	5,6	102	94,4
psiquiatría	4	3,7	104	96,3
fisioterapia	11	10,2	97	89,8
fonoaudiología	1	0,9	107	99,1
terapia ocupacional	4	3,7	104	96,3
optometría	1	0,9	107	99,1
psicología	6	5,6	102	94,4
trabajo social	4	3,7	104	96,3
medicación permanente	8	7,4	100	92,6

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 12 Rehabilitación

REHABILITACIÓN	si		no	
	Frec	%	Frec	%
rehabilitación actualmente	12	11,1	96	88,9
se está recuperando	16	14,8	92	85,2

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 13 Motivos para no hacer rehabilitación

Motivos para no hacer rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje
Cree que ya no lo necesita	5	4,60%
El centro de atención queda muy lejos	4	3,70%
Falta de dinero	28	25,90%
No hay quien lo lleve	3	2,80%
No le gusta	2	1,90%
No sabe	39	36,10%
Otras	6	5,60%
Si asiste a rehabilitación	19	17,60%
Ya terminó la rehabilitación	2	1,90%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 14 Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	53	49,10%
Masculino	55	50,90%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 15 Etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	1	0,90%
Indígena	105	97,20%
Mestizo	2	1,90%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 16 Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Prescolar	8	7,00%
básica	22	20,00%
bachillerato	5	5,00%
analfabeto	73	68,00%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 17 Actividad laboral

Actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Agrícola	6	5,60%
Comercio	6	5,60%
No está trabajando	82	75,90%
Otra actividad	13	12,00%
Servicios	1	0,90%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 18 Cargo que desempeñan

Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Empleado(a) doméstico(a)	3	2,78
Jornalero o peón	3	2,78
No está trabajando	82	75,93
Obrero - empleado del gobierno	4	3,70
Obrero - empleado particular	6	5,56
Trabajador familiar sin remuneración	4	3,70
Trabajador por cuenta propia	6	5,56
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 19 jefe de hogar

Jefe de hogar	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge	14	13,00%
Él mismo	30	27,80%
Familiares	15	13,90%
Hermanos	2	1,90%
Yerno	1	0,90%
Hijos	13	12,00%
Mama y papa	1	0,90%
Mama y yo	1	0,90%
Nietos	1	0,90%
Otros	6	5,60%
Padres	24	22,20%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 20 Ingreso mensual

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
0-100 usd	52	48,10%
100-350 usd	7	6,50%
350-700	1	0,90%
No tiene ingreso mensual	48	44,40%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 21 Disponibilidad de servicios básicos

SERVICIO BÁSICO	DISPONIBILIDAD		NO DISPONIBILIDAD		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Energía eléctrica	12	11	96	89	108	100
Alcantarillado	18	17	90	83	108	100
Teléfono	56	52	52	48	108	100
Recolección de basura	21	19	87	81	108	100
Agua potable	11	10	97	90	108	100

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 22 Apoyo del gobierno

Apoyo del gobierno	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	59,00%
no	44	41,00%
Total	108	100,00%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 23 Tipo de ayuda que reciben

Tipo de bono	Frec	%
Bono de desarrollo humano	67	62,04
Joaquín Gallegos	2	1,85
Manuela espejo	3	2,78
No recibe bonos	36	33,33
Total	108	100%

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
 Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene

Tabla 24 Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	Frec	%
Casa	79	73
Cuarto	23	21
otro tipo de vivienda	2	2
apartamento	2	2
calle	1	1
Institución pública	1	1
TOTAL	108	100

Fuente: Diagnóstico georreferenciado de discapacidad GPS
Autoras: Guerrón, Johanna; Terán, Selene